

**SIA „RĪGAS AUSTRUMU KLĪNISKĀS UNIVERSITĀTES SLIMNĪCA”
METODISKĀS VADĪBAS INSTITŪCIJA RADIOLOĢIJĀ**

**ONKOPACIENTU PIEREDZES APTAUJAS NR. 1
“CEĻŠ LĪDZ DIAGNOZEI”
REZULTĀTU ANALĪTISKAIS PĀRSKATS**

**un priekšlikumi prioritārajiem radioloģijas pakalpojumu un
starpnozaru diagnostikas procesa attīstības virzieniem**

Sagatavoja:

Kristaps Reimartuss, MVI radioloģijā vadītājs

Līga Goldberga, MVI radioloģijā koordinatore/eksperte

Analītiskais pārskats saskaņots ar:

Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

Liepājas Reģionālā slimnīca

Daugavpils Reģionālā slimnīca

pacientu biedrību “Par Dzīvot”

Analītiskais pārskats nosūtīts izvērtēšanai:

Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca

Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

Pacientu biedrība “Onkoalianse”

Rīga, 2026

Satura rādītājs

Dokumenta mērķis, statuss un izmantošanas robežas.....	4
1. Vadības kopsavilkums	5
2. Pētījuma mērķis, uzdevumi un tvērums	6
2.1. Projekta realizācijas posmi	6
2.2. Nodevums un saskaņošanas loks	6
3. Aptaujas metodoloģija, datu kvalitāte un ierobežojumi.....	7
3.1. Datu vākšana un analīzes metodes	7
3.2. Datu kvalitāte.....	8
3.3. Izlases un reprezentativitātes ierobežojumi	8
4. Respondentu raksturojums	10
5. Aptaujas rezultāti	11
5.1. Pacienta ceļš līdz pirmajai konsultācijai.....	11
5.2. Ģimenes ārsta un speciālista posms.....	11
5.3. Nosūtījumu saprotamība.....	12
5.4. Radioloģisko izmeklējumu pieejamība	12
5.5. Gaidīšanas laiks līdz radioloģiskajam izmeklējumam.....	12
5.6. Pacienta sagatavošana izmeklējumam.....	13
5.7. Procedūras skaidrojums	13
5.8. Radioloģijas personāla komunikācija un iejūtība	13
5.9. Izmeklējumu rezultātu pieejamība un skaidrojums	14
5.10. Atkārtoti radioloģiskie izmeklējumi.....	14
5.12. Informācija par turpmāko ārstēšanu un atbalstu.....	15
5.13. Kopējais pacientu pieredzes vērtējums.....	17
5.14. Pacienta ceļa skaidrība.....	17
6. Kvalitatīvo datu analīze.....	18
6.1. Respondentu viedokļos dominējošās tēmas	19
6.2. Tematiskā kodējuma detalizācija.....	19
6.3. Anonimizēti ilustratīvi citāti.....	20
7. Aptaujas rezultātos identificētie galvenie secinājumi	22
7.1. Stiprās puses	22
7.2. Problemātiskās jomas	22
7.3. Signāli, kuriem nepieciešams papildu izvērtējums.....	23
8. MVI interpretācija un rīcības kompetenču nodalījums.....	25
9. Aptaujas rezultātos identificētie prioritārie attīstības virzieni	27
10. Virsmērķi un uzdevumi.....	29
10.1. Aptaujas rezultātos identificētie “ātrie uzlabojumi”.....	30
11. Rekomendējamais rīcības plāns	31

12. Saskaņošanas un ieviešanas principi.....	38
13. Rezultātu publicēšana un prezentēšana.....	39
14. Nākamā pētījuma posma koncepts.....	40
15. Noslēguma secinājumi.....	42
Pielikums 1. Ieteicamie sākotnējie pacientu pieredzes rādītāji (PREM)	43
Pielikums 2. Datu interpretācijas principi.....	44
Pielikums 3. Radioloģijas perspektīva	45
Pielikums 4. Onkoloģijas perspektīva.....	48
Pielikums 5. Onkoloģijas pacienta perspektīva	49
Pielikums 6. Veselības ministrijas pārstāvja perspektīva	50
Pielikums 7. Mediķa (klīnicista) perspektīva.....	51
Pielikums 8. Šķērsgriezuma sintēze: kur perspektīvas sakrīt un kur ir spriedze	52
Pielikums 9. Kopsavilkuma tabula: piecas perspektīvas vienā skatā.....	53
Pielikums 10. Noslēgums.....	54

Dokumenta mērķis, statuss un izmantošanas robežas

Dokumenta mērķis: Apkopot un analizēt konkrētās aptaujas “Pacientu pieredzes aptauja Nr. 1: Ceļš līdz diagnozei” rezultātus, īpašu uzmanību pievēršot radioloģijas posmam: pakalpojumu pieejamībai un plūsmai, pacientu sagatavošanai un komunikācijai, radioloģisko attēlu un aprakstu pieejamībai, kā arī atkārtotu izmeklējumu pieredzei. Jautājumi par diagnozes paziņošanu, turpmāko ārstēšanu, kontaktpunktu, atbalsta personu un kopējo onkoloģiskā pacienta ceļu analizēti kā starpnozaru jautājumi, kuros MVI radioloģijā var sadarboties ar MVI onkoloģijā un citām iesaistītajām pusēm.

Dokumenta secinājumi un turpmākās rīcības priekšlikumi tiek veidoti, balstoties uz aptaujas datiem un skaidri nodalot faktisko rezultātu no MVI interpretācijas un rekomendācijām. Rīcība tiek strukturēta trīs līmeņos: 1) MVI radioloģijā tiešā metodiskā kompetence; 2) jautājumi, kas risināmi kopā ar MVI onkoloģijā; 3) jautājumi, par kuriem MVI radioloģijā var sagatavot datus balstītas rekomendācijas ārstniecības iestādēm, NVD, VM, digitālās veselības atbildīgajiem vai citām institūcijām.

Dokumenta statuss: Analītiskais pārskats sagatavots projekta RAKUS_MVI_RAD_2026_12 ietvaros kā nodevuma “Onkopacientu diagnostikas pieredzes analītiskais pārskats” projekts saskaņošanai ar iesaistītajām ārstniecības iestādēm un pacientu organizācijām. Rekomendējamie attīstības virzieni un rīcības plāns uzskatāmi par priekšlikumu saskaņošanai, nevis vienpusēji noteiktu pienākumu sadalījumu.

Izmantošanas robežas: Pārskats raksturo konkrētās aptaujas respondentu pašziņoto pieredzi. Rezultāti nav interpretējami kā reprezentatīvs visu Latvijas onkoloģisko pacientu vai visas radioloģijas nozares kvalitātes audits; tie neļauj salīdzināt konkrētas ārstniecības iestādes, pierādīt cēloņsakarības vai aprēķināt precīzu vidējo laiku no simptoma līdz diagnozei. Atvērtie komentāri ir kvalitatīvi dati un izmantojami tēmu un pieredzes piemēru identificēšanai, nevis problēmu izplatības noteikšanai populācijā. Nākamajos pētījumu ciklos MVI izvērtēs mērķtiecīgāku izlases veidošanu un papildu anonimizētu stratifikācijas mainīgo iekļaušanu.

Dokumenta tvērums un interpretācijas robeža

Šis pārskats raksturo konkrētās aptaujas “Pacientu pieredzes aptauja Nr. 1: Ceļš līdz diagnozei” respondentu pašziņoto pieredzi. Rezultāti nav uzskatāmi par reprezentatīvu visu Latvijas onkoloģisko pacientu, visu ārstniecības iestāžu vai visas radioloģijas nozares kvalitātes auditu. Aptaujas dati izmantojami pieredzes signālu, problēmzonu, stipro pušu un turpmākas izvērtēšanas prioritāšu identificēšanai.

Aptaujas rezultāti: iegūtie rezultāti nosaka, ka analīze attiecas uz konkrētās aptaujas respondentu pašziņoto pieredzi un jau dokumenta sākumā fiksē būtiskos metodoloģiskos ierobežojumus.

MVI sākotnējā interpretācija: Šāds tvērums formulējums ļauj turpmākos rezultātus interpretēt kā pacientu pieredzes signālus un attīstības prioritāšu pamatojumu, nevis kā visas Latvijas sistēmas vai atsevišķu slimnīcu kvalitātes vērtējumu.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Pašreizējie dati neļauj novērtēt reprezentativitāti pa ārstniecības iestādēm, diagnožu grupām vai radioloģijas modalitātēm. Turpmāk jāizvērtē mērķtiecīga izlases veidošana un papildu anonimizētu stratifikācijas mainīgo iekļaušana.

1. Vadības kopsavilkums

Datu bāze: Analīze balstīta uz 272 derīgām anketām (atbilžu ierakstiem) un 39 datu laukiem. Atbildes iesniegtas no 2025. gada 6. novembra līdz 2026. gada 1. jūnijam. Ziņojuma kvantitatīvie rādītāji pārrēķināti no sākotnējās aptaujas datu kopas.

Būtisks metodoloģisks ierobežojums: Aptaujas jautājumi par laiku veidoti intervālos, turklāt atsevišķi intervāli un pacienta ceļa posmi pārklājas. Tādēļ no šīs datu kopas nav korekti aprēķināt precīzu vidējo dienu skaitu no simptoma vai pirmajām aizdomām līdz diagnozei.

33,5 %	līdz speciālistam nonāca pēc ≥1 mēneša	20,8 %	radioloģisko izmeklējumu gaidīja ≥1 mēnesi
8,3 / 10	radioloģijas personāla iejūtības vidējais vērtējums	16,9 %	norādīja rezultātu pieejamības problēmas
35,7 %	norādīja vismaz daļēju apjukumu par pacienta maršrutu	41,9 %	nesaņēma informāciju, kur vērsties papildjautājumiem
18,4 %	norādīja atkārtota radioloģiska izmeklējuma pieredzi	7,1 / 10	kopējais aprūpes vērtējums diagnostikas posmā

Aptaujas rezultāts: Kopsavilkuma tabulā vienkopus redzami galvenie aptaujas signāli: kavēšanās līdz speciālistam un radioloģiskajam izmeklējumam, augsts radioloģijas personāla iejūtības vērtējums, rezultātu pieejamības problēmas, pacienta maršruta neskaidrība, kontaktinformācijas trūkums, atkārtotu izmeklējumu pieredze un kopējais aprūpes vērtējums.

MVI sākotnējā interpretācija: Rezultāti rāda, ka radioloģijas procesa stiprās puses pastāv līdzās pacienta ceļa nepārtrauktības un informācijas pārejas problēmsignāliem. Vadības uzmanībai īpaši izceļami 41,9 % bez kontaktinformācijas un 35,7 % ar maršruta apjukumu; prioritātes virzāmas uz ceļa skaidrību, savlaicīgumu un datu pēctecību.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Kopsavilkuma rādītāji iegūti no vienas pašziņotas šķērsgrīzuma aptaujas un nepierāda cēloņsakarības. Turpmāk jāvērtē, kā šie signāli atšķiras pēc izmeklējuma veida, steidzamības, diagnozes grupas un pakalpojuma vietas.

Galvenie secinājumi: Radioloģijas posmā pacienti īpaši pozitīvi vērtē personāla iejūtību, sagatavošanās informāciju un rezultātu pieejamību. Vienlaikus galvenie uzlabojumu signāli saistīti ar gaidīšanas laiku, pacienta ceļa neskaidrību, kontaktinformācijas trūkumu pēc diagnozes, radioloģisko attēlu un aprakstu pēctecību un atkārtotu izmeklējumu iemeslu necaurskatāmību.

Vadības prioritāte: Rīcība jāveido secībā DATI → SECINĀJUMI → INTERPRETĀCIJA → PRIORITĀRIE ATTĪSTĪBAS VIRZIENI → VIRSMĒRĶI → UZDEVUMI → AKTIVITĀTES → REZULTATĪVIE RĀDĪTĀJI. Īstermiņā prioritāri ir informācijas un koordinācijas uzlabojumi, kurus iespējams īstenot bez būtiskas informācijas sistēmu pārbūves.

2. Pētījuma mērķis, uzdevumi un tvērums

Projekts: RAKUS_MVI_RAD_2026_12 “Onkopacientu pieredzes pētījuma Nr. 1 “Ceļš līdz diagnozei” realizācija un rezultātu integrācija radioloģijas pakalpojumu uzlabošanā”.

Mērķis: Iegūt datus balstītu aptaujas dalībnieku pieredzes novērtējumu par diagnostikas ceļu un identificēt posmus, kuros pacientu sniegtā informācija norāda uz kavēšanos, pieejamības problēmām, informācijas vai koordinācijas trūkumu, komunikācijas nepilnībām, izmeklējumu/rezultātu pēctecības problēmām un atbalsta vajadzībām.

2.1. Projekta realizācijas posmi

1. Aptaujas anketas tehniska aprobācija un sadarbības uzsākšana ar biedrību “Par Dzīvot”.
2. Mērķtiecīga respondentu sasniegšana RAKUS Onkoloģijas un Radioloģijas centros.
3. Datu vākšana par pacienta ceļa ilgumu no simptomiem/pirmajām aizdomām līdz speciālistam.
4. Radioloģisko izmeklējumu pieejamības un gaidīšanas laika analīze pēc pacientu sniegtās informācijas.
5. Medicīnas personāla komunikācijas un iejūtības novērtējuma apkopošana.
6. Atkārtotu izmeklējumu un iespējamo tehnisko/pēctecības problēmu analīze.
7. Informācijas pieejamības izvērtējums par sagatavošanos izmeklējumiem un rezultātu saņemšanu.
8. Pacientu brīvo komentāru tematiskā kodēšana un identificēto vājo punktu klasifikācija.
9. Analītiskā ziņojuma sagatavošana ar konkrētiem “pacienta ceļa” uzlabošanas priekšlikumiem, nodalot: ko MVI radioloģijā var īstenot savas kompetences ietvaros; ko lietderīgi attīstīt kopā ar MVI onkoloģijā; un ko rekomendēt citām institūcijām.
10. Rezultātu prezentēšana un izmantošana pārmaiņu iniciēšanai.
11. Nākamā pētījuma posma – ārstēšanas procesa – sagatavošana kopā ar MVI onkoloģijā, saglabājot salīdzināmus pacienta ziņotās pieredzes mērījumus (PREM) un izvērtējot pacienta ziņoto veselības iznākuma mērījumu (PROM) iekļaušanu.

2.2. Nodevums un saskaņošanas loks

Nodevums: “Onkopacientu diagnostikas pieredzes analītiskais pārskats”.

Saskaņošanas loks: RAKUS, PSKUS, BKUS, Liepājas Reģionālā slimnīca, Daugavpils Reģionālā slimnīca, pacientu biedrība “Par Dzīvot” un Onkoalianse.

Radioloģijas tvērums: Ziņojumā atsevišķi nodalītas problēmas, kuras tieši attiecas uz radioloģijas pakalpojuma organizāciju, no starpnozaru jautājumiem (piemēram, ģimenes ārsta reakcija, diagnozes paziņošana, administratīvais atbalsts), kuru risināšanai nepieciešama citu veselības aprūpes posmu iesaiste. Onkoloģiskā pacienta ceļa jautājumos MVI radioloģijā var nodrošināt radioloģijas posma metodisko ieguldījumu, savukārt kopējo diagnostikas–ārstēšanas pāreju un PREM/PROM attīstību ieteicams veidot sadarbībā ar MVI onkoloģijā.

3. Aptaujas metodoloģija, datu kvalitāte un ierobežojumi

3.1. Datu vākšana un analīzes metodes

Datu vākšanas periods: 2025. gada 6. novembris–2026. gada 1. jūnijs. Analīzē izmantota datu kopa ar 272 derīgām anketām (atbilžu ierakstiem) un 39 datu laukiem. Aptaujas izplatīšana tika organizēta mērķtiecīgi, izmantojot vairākus informācijas kanālus. Informācija un aicinājums piedalīties aptaujā tika nosūtīts 22 pacientu organizāciju, biedrību, apvienību un pacientu interešu pārstāvniecības kontaktiem, četrām lielajām ārstniecības iestādēm, lūdzot aptauju izplatīt pacientu auditorijai, tostarp iestāžu mājaslapās un sociālajos tīklos, kā arī Slimību profilakses un kontroles centram. Tādējādi respondentu sasniegšanai tika izmantoti pacientu organizāciju, ārstniecības iestāžu un sabiedrības veselības institūcijas informācijas kanāli.

Vienlaikus aptaujas izplatīšana pa vairākiem kanāliem nenodrošina nejaušu vai reprezentatīvu izlasi, un nav iespējams noteikt, caur kuru konkrēto izplatīšanas kanālu katrs respondents saņēma informāciju par aptauju.

Datu kopā ietverti demogrāfiskie jautājumi, laika intervāli, kategoriski vērtējumi, 1–10 punktu skala radioloģijas personāla iejūtības novērtēšanai, 0–10 punktu skala kopējam aprūpes vērtējumam un trīs atvērto komentāru lauki.

Kvantitatīvajā analīzē izmantota aprakstošā statistika: atbilžu biežumi, procentuālais sadalījums, skalu vidējās vērtības un mediānas, kā arī atsevišķi šķērsgriezuma salīdzinājumi. Kvalitatīvo komentāru sākotnējai strukturēšanai izmantota automatizēta tematiskā kodēšana pēc iepriekš definētiem atslēgvārdu kopumiem. Iegūtais kodējums tika manuāli pārskatīts un validēts, pārbaudot komentāru atbilstību piešķirtajām tematiskajām kategorijām. Vienam komentāram varēja piešķirt vairākas tēmas; tabulās norādīti tematisko kodu minējumi, nevis savstarpēji izslēdzošs unikālu respondentu sadalījums. Turpmākai metodoloģiskai stiprināšanai ieteicama neatkarīga otrā kodētāja pārbaude un kodēšanas saskaņotības novērtējums.

PREM un PROM loma šajā pētījumu ciklā

Mērījums	Ko tas raksturo	Pielietojums
PREM	Pacienta ziņoto pieredzi ar aprūpi – pieejamību, gaidīšanu, informāciju, komunikāciju, koordināciju un datu apriti.	Pašreizējā aptauja pēc būtības galvenokārt ir PREM pētījums. Radioloģijā PREM var atkārtoti mērīt pēc uzlabojumu ieviešanas.
PROM	Pacienta paša ziņotus veselības iznākumus – simptomus, funkcionēšanu, dzīves kvalitāti un ārstēšanas ietekmi.	Pašreizējā aptauja pilnvērtīgus PROM nemēra. PROM ieteicams izvērtēt nākamajā ārstēšanas posma pētījumā kopā ar MVI onkoloģijā.

3.2. Datu kvalitāte

Datu kvalitātes rādītājs	Vērtība	Piezīme
Derīgas anketas / atbilžu ieraksti	272	272 derīgas anketas; laika zīmogi tehniski unikāli
Datu lauki	39	36 slēgtie/skalas jautājumi un 3 atvērto komentāru lauki
Pilnīgi aizpildīti lauki	30	100 % aizpildījums
Lauki ar 3 trūkstošām atbildēm	9	269/272 jeb 98,9 % aizpildījums
Dublētas atbilžu kombinācijas	0	Netika konstatētas; tas pats par sevi neapstiprina unikālu personu skaitu
Tehniska datu kategorija	2 ieraksti	Vecuma grupā diagnozes laikā “-18” interpretēts kā “līdz 18 gadiem”

Aptaujas rezultāts: Analīzē izmantotas 272 derīgas anketas (atbilžu ieraksti) un 39 datu lauki; 30 laukiem ir pilns aizpildījums, bet deviņos laukos aizpildījums ir 98,9 %. Dublētas atbilžu kombinācijas netika konstatētas.

MVI sākotnējā interpretācija: Augstais tehniskais aizpildījums nodrošina stabilu pamatu aprakstošajai statistikai un salīdzinājumiem aptaujas ietvaros.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Augsta datu pilnība pati par sevi neatrisina pašizlases, reprezentativitātes un jautājumu konstrukcijas ierobežojumus. Unikāls laika zīmogs un pilnībā identisku atbilžu kombināciju neesamība ir tehniski datu kvalitātes rādītāji, bet tie paši par sevi nepierāda, ka katru anketu aizpildījusi unikāla persona. Turpmāk jāizvērtē izlases veidošanas princips un precīzāka mainīgo definēšana.

3.3. Izlases un reprezentativitātes ierobežojumi

- Respondenti netika atlasīti pēc nejaušības principa; rezultāti atspoguļo aptaujas dalībnieku pieredzi un nav automātiski vispārināmi uz visu onkoloģisko pacientu populāciju.
- Respondentu struktūrā ir izteikts sieviešu pārsvars (87,1 %) un augstākās izglītības pārsvars (61,8 %), kas var ietekmēt rezultātu vispārināmību.
- Aptaujā nav ārstniecības iestādes mainīgā, tādēļ nav korekti salīdzināt RAKUS, PSKUS, BKUS, Liepājas vai Daugavpils slimnīcas pēc šo datu rezultātiem.
- Nav diagnozes veida, stadijas, ārstēšanas profila, radioloģiskā izmeklējuma veida un steidzamības kategorijas mainīgo, kas var būtiski ietekmēt pacienta ceļu un gaidīšanas laiku.
- Laika jautājumi sniegti intervālos un atsevišķi posmi pārklājas; precīzu vidējo dienu skaitu no simptoma līdz diagnozei aprēķināt nedrīkst.
- Atvērtie komentāri ir kvalitatīvi dati. Tematisko minējumu īpatsvars nav interpretējams kā precīzs problēmas izplatības rādītājs visā pacientu populācijā.
- Šķērsgriezuma aptauja ļauj identificēt saistības, bet nepierāda cēloņsakarību.

Ko dati ļauj	Ko dati neļauj
Raksturot konkrētās aptaujas respondentu pieredzi.	Novērtēt visu Latvijas pacientu pieredzi kā reprezentatīvu populācijas rādītāju.
Identificēt stiprās puses un problēmsignālus.	Salīdzināt konkrētu slimnīcu kvalitāti.
Salīdzināt atbilžu grupas aprakstošā līmenī.	Aprēķināt precīzu vidējo laiku no simptoma līdz diagnozei.
Definēt prioritātes turpmākai izvērtēšanai un pilotuzlabojumiem.	Pierādīt cēloņsakarības vai noteikt atkārtotu izmeklējumu konkrēto cēloni.

Aptaujas rezultāts: Tabula skaidri nodala secinājumus, kurus aptaujas dati metodoloģiski atbalsta, no secinājumiem, kurus ar pašreizējo datu kopu izdarīt nedrīkst.

MVI sākotnējā interpretācija: Šis nodaļums ir būtisks, lai prioritātes balstītu faktiski iegūtajos datos un izvairītos no nepamatotas rezultātu vispārināšanas.

Interpretācijas robeža/Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Turpmākai izvērtēšanai nepieciešami precīzāki laika punkti, ārstniecības iestādes/pakalpojuma vietas, diagnozes grupas, modalitātes un steidzamības mainīgie, ja tos iespējams iegūt, saglabājot anonimitāti.

4. Respondentu raksturojums

Respondentu struktūra ir būtiska rezultātu interpretācijai, jo tā ietekmē to, cik plaši secinājumi ir vispārināmi. Aptauja aptver 37 dzīvesvietas pašvaldību/valstspilsētu kategorijas, taču dzīvesvieta nav pielīdzināma ārstniecības iestādei, kurā saņemts pakalpojums.

Rādītājs	n	Bāze	%
Pašreizējais vecums 50–59 gadi	96	272	35,3 %
Pašreizējais vecums 40–49 gadi	64	272	23,5 %
Pašreizējais vecums 60–69 gadi	56	272	20,6 %
Sievietes	237	272	87,1 %
Vīrieši	34	272	12,5 %
Augstākā izglītība	168	272	61,8 %
Vidējā / profesionālā vidējā izglītība	96	272	35,3 %
Rīga kā dzīvesvieta	95	272	34,9 %

Aptaujas rezultāts: Respondentu profilā dominē sievietes (87,1 %) un personas ar augstāko izglītību (61,8 %); lielākā pašreizējā vecuma grupa ir 50–59 gadi (35,3 %).

MVI sākotnējā interpretācija: Respondentu struktūra norāda, ka rezultāti visprecīzāk raksturo tieši šīs aptaujas dalībnieku pieredzi un ka atsevišķas pacientu grupas var būt nepietiekami pārstāvētas.

Interpretācijas robeža/Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Nav pamata pieņemt, ka šāds demogrāfiskais sadalījums atbilst visu Latvijas onkoloģisko pacientu struktūrai. Nākamajos pētījumos jāizvērtē mērķtiecīgāka vīriešu, zemākas izglītības un citu nepietiekami pārstāvētu grupu sasniegšana.

5. Aptaujas rezultāti

Šajā sadaļā vispirms atspoguļoti faktiskie aptaujas rezultāti. Interpretācijas formulētas piesardzīgi, un sistēmiskie priekšlikumi apkopoti atsevišķi 8.–11. sadaļā.

5.1. Pacienta ceļš līdz pirmajai konsultācijai

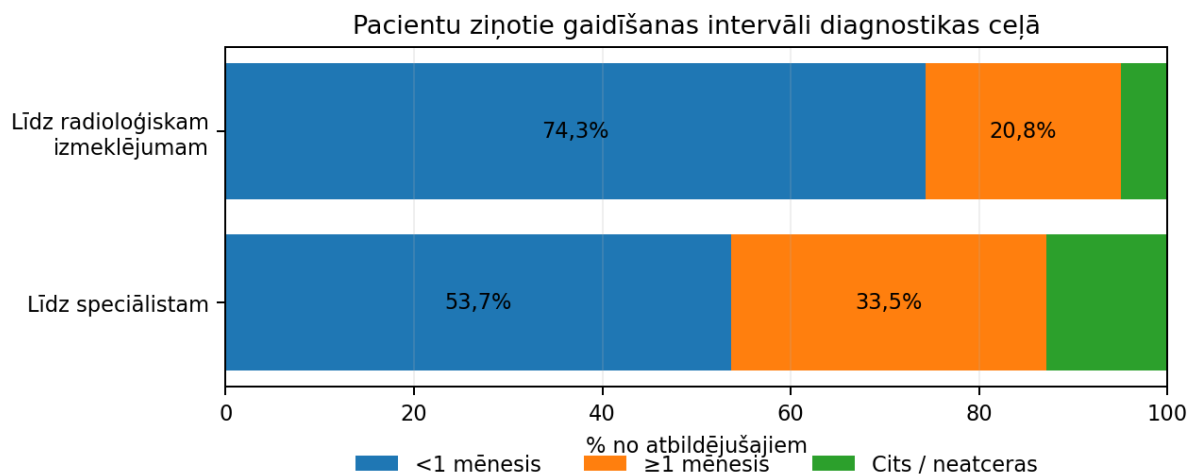
Faktiskais rezultāts: No visiem respondentiem 44 (16,2 %) ar ģimenes ārsta praksi sazinājās mazāk nekā nedēļas laikā pēc pirmajām aizdomām, 34 (12,5 %) – 1–3 mēnešu laikā un 30 (11,0 %) – pēc vairāk nekā 3 mēnešiem. 87 (32,0 %) norādīja, ka uzreiz vērsās pie speciālista.

Ģimenes ārsta reakcija: Starp 212 respondentiem, kuri faktiski vērsās pie ģimenes ārsta, 164 (77,4 %) norādīja nekavējošu reakciju. 42 (19,8 %) norādīja atkārtotas vērsšanās nepieciešamību, būtisku kavēšanos vai atteikumu nosūtīt.

Datu secinājums: Kaut arī lielākajai daļai pacientu ģimenes ārsta reakcija bijusi savlaicīga, pastāv nozīmīga pacientu grupa (19,8 %), kas saskārusies ar kavēšanās vai atteikuma pieredzi.

5.2. Ģimenes ārsta un speciālista posms

Līdz speciālista apmeklējumam mazāk nekā mēnesi gaidīja 146 (53,7 %) respondenti, bet vienu mēnesi vai ilgāk – 91 (33,5 %). Starp 259 respondentiem, kuri nonāca pie speciālista, 222 (85,7 %) norādīja nekavējošu nosūtīšanu uz izmeklējumam; 30 (11,6 %) norādīja kavēšanos vai atteikumu.



1. attēls. Pacientu ziņotie gaidīšanas intervāli līdz speciālistam un radioloģiskajam izmeklējumam.

Aptaujas rezultāts: Attēls salīdzina pacientu ziņotos gaidīšanas intervālus līdz speciālista apmeklējumam un radioloģiskajam izmeklējumam. Vienu mēnesi vai ilgāk līdz speciālistam gaidīja 33,5 %, bet līdz radioloģiskajam izmeklējumam – 20,8 % respondentu.

MVI sākotnējā interpretācija: Kavēšanās signāli ir redzami vairākos diagnostikas ceļa posmos, un izteiktāks signāls aptaujā ir gaidīšana līdz speciālista konsultācijai. Tas pamato nepieciešamību vērtēt pacienta ceļu kā secīgu procesu, nevis tikai atsevišķu radioloģijas epizodi.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Laika dati iegūti intervālos un neietver precīzus datumus, izmeklējuma veidu vai steidzamības kategoriju. Turpmāk būtu jāvērtē gaidīšanas laiks ar precīziem laika punktiem un klīniskā konteksta stratifikāciju.

5.3. Nosūtījumu saprotamība

Nosūtījuma nepieciešamību pilnībā saprotami izskaidroja 202 (74,3 %) respondentiem, daļēji saprotami – 55 (20,2 %), bet nesaprotami – 15 (5,5 %). Kopumā 25,7 % respondentu nosūtījuma mērķis vai nepieciešamība nebija pilnībā skaidra; tas ir signāls pacientam saprotama nosūtījuma mērķa skaidrojuma pilnveidei.

5.4. Radioloģisko izmeklējumu pieejamība

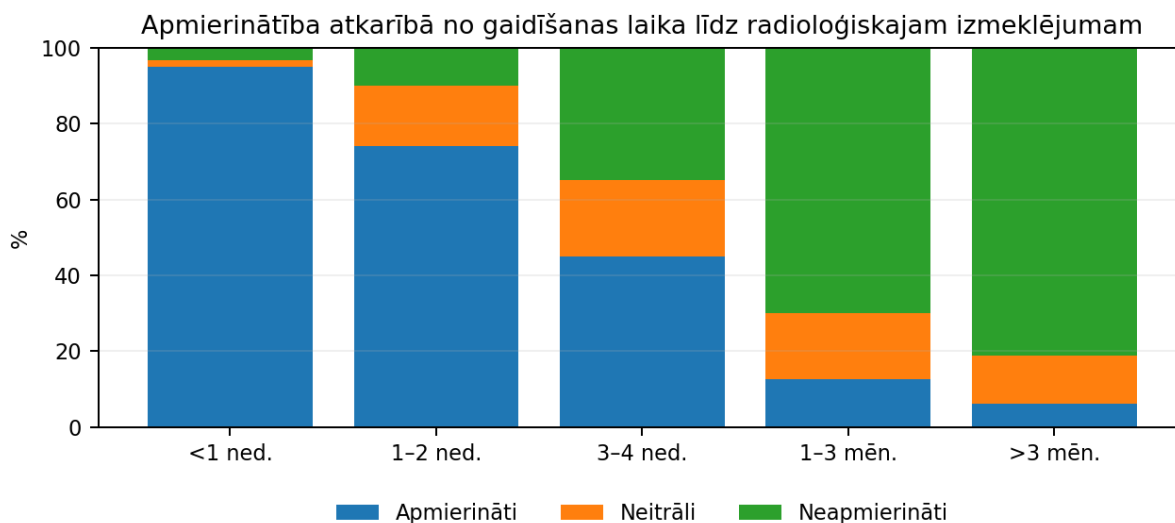
Pierakstu uz radioloģisko izmeklējumu ģimenes ārsts vai speciālists nodrošināja 87 (32,0 %) pacientiem. Pierakstīšanos kā vieglu vai ļoti vieglu vērtēja 85 (31,2 %), bet kā grūtu vai ļoti grūtu – 56 (20,6 %).

Valsts apmaksātā kārtībā izmeklējumu veica 182 no 269 atbildējušajiem (67,7 %), savukārt privāti vai daļēji par maksu – 84 (31,2 %). Slēgtais jautājums neļauj noteikt maksas pakalpojuma iemeslu. Atvērtajos komentāros ir atsevišķi piemēri, kuros maksas pakalpojums saistīts ar ilgu gaidīšanu vai valsts apmaksāta pakalpojuma savlaicīgu nepieejamību. Tas ir kvalitatīvs signāls, nevis cēloņa izplatības rādītājs.

5.5. Gaidīšanas laiks līdz radioloģiskajam izmeklējumam

No 269 atbildējušajiem 200 (74,3 %) izmeklējumu saņēma mazāk nekā viena mēneša laikā, savukārt 56 (20,8 %) gaidīja vienu mēnesi vai ilgāk.

Ar gaidīšanas ilgumu apmierināti vai ļoti apmierināti bija 158 (58,1 %) respondenti, bet neapmierināti vai ļoti neapmierināti – 73 (26,8 %). Aprakstošajos datos apmierināto pacientu īpatsvars konsekventi samazinājās, palielinoties ziņotajam gaidīšanas intervālam: izmeklējumu saņemot <1 nedēļas laikā, apmierināti bija 94,9 %, gaidot 1–3 mēnešus – 12,5 %, bet ilgāk par 3 mēnešiem – 6,2 %.



2. attēls. Apmierinātība atkarībā no gaidīšanas laika līdz radioloģiskajam izmeklējumam.

Aptaujas rezultāts: Apmierinātība samazinās, palielinoties gaidīšanas laikam: ja izmeklējums veikts mazāk nekā nedēļas laikā, apmierināti bija 94,9 %; gaidot 1–3 mēnešus, apmierināti bija 12,5 % un neapmierināti 70,0 %; gaidot ilgāk par trim mēnešiem, neapmierināti bija 81,2 %.

MVI sākotnējā interpretācija: Dati rāda izteiktu saistību starp ilgāku gaidīšanas pieredzi un zemāku pacientu apmierinātību, tādēļ gaidīšanas pārskatāmība un savlaicīgums ir viena no prioritārajām attīstības jomām radioloģijā onkoloģisko pacientu aprūpē.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Šķērsriezuma aptauja nepierāda, ka gaidīšanas laiks ir vienīgais apmierinātību noteicošais faktors. Gaidīšanas laiks interpretējams, ņemot vērā izmeklējuma veidu, klīnisko steidzamību, personāla un iekārtu kapacitāti, kā arī pieejamo finansējumu. Turpmāk gaidīšanas laiku ieteicams vērtēt stratificēti pēc radioloģiskā izmeklējuma modalitātes un steidzamības, papildus analizējot pakalpojuma vietu un kapacitātes faktorus.

5.6. Pacienta sagatavošana izmeklējumam

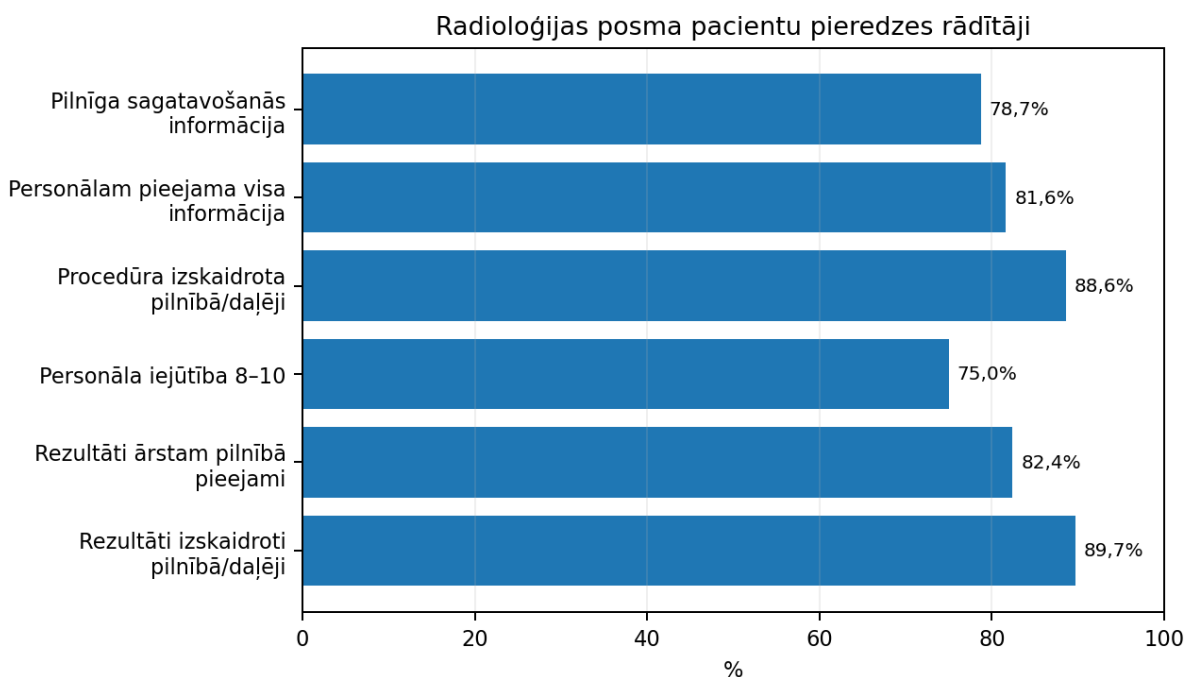
Pilnīgu un saprotamu sagatavošanās informāciju saņēma 214 (78,7 %) respondentu. Daļēju, neskaidru vai nekādu informāciju norādīja 38 (14,0 %), bet 20 (7,4 %) norādīja, ka sagatavošanās nebija nepieciešama.

5.7. Procedūras skaidrojums

Procedūras gaitu pilnībā vai daļēji saprotami izskaidroja 241 (88,6 %) respondentam. 23 (8,5 %) norādīja, ka procedūra netika izskaidrota vai skaidrojums nebija saprotams; 8 (2,9 %) norādīja, ka skaidrojums nebija nepieciešams.

5.8. Radioloģijas personāla komunikācija un iejūtība

Radioloģijas personāla iejūtības un rūpju vidējais vērtējums bija 8,3 no 10, mediāna – 9. Vērtējumu 8–10 sniedza 204 (75,0 %) respondentu. 222 (81,6 %) uzskatīja, ka radioloģijas personālam bija visa nepieciešamā informācija par pacientu un viņa veselību.



3. attēls. Radioloģijas posma pacientu pieredzes galvenie rādītāji.

Aptaujas rezultāts: Attēls apkopo galvenos radioloģijas posma pacientu pieredzes rādītājus: sagatavošanās informācijas kvalitāti, personāla informētību, procedūras skaidrojumu, personāla iejūtību un rezultātu pieejamību.

MVI sākotnējā interpretācija: Radioloģijas posmā vairākums rādītāju ir pozitīvi, īpaši personāla iejūtība un lielākajai daļai pacientu nodrošinātā sagatavošanās un procedūras informācija. MVI

radioloģijā praktiskais uzdevums ir standartizēt šo labo praksi un mazināt atlikušos informācijas un datu aprites pārrāvumus.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Rādītāji ir pacientu paši ziņoti un nav salīdzināmi pa iestādēm vai modalitātēm. Turpmāk jāvērtē, vai atšķirības ir saistītas ar konkrētu izmeklējuma veidu, struktūrvienību vai pacienta vajadzībām.

5.9. Izmeklējumu rezultātu pieejamība un skaidrojums

Izmeklējuma rezultāti ārstam pilnībā bija pieejami 224 (82,4 %) gadījumos. Daļēju vai problemātisku pieejamību norādīja 46 (16,9 %), tostarp situācijas, kad pacientam pašam bija jānogādā rezultāti vai jāgaida to atrašana/nosūtīšana. Pilnībā saprotamu rezultātu skaidrojumu saņēma 145 (53,3 %) respondenti; pilnībā vai daļēji saprotamu – 244 (89,7 %). 28 (10,3 %) norādīja, ka skaidrojumu nesaprata vai nesaņēma, lai gan to vēlējās. Ar rezultātu saņemšanas gaidīšanas laiku apmierināti bija 180 (66,2 %), bet neapmierināti – 45 (16,5 %).

MVI sākotnējā interpretācija: 10,3 % respondentu norādīja, ka rezultātu skaidrojumu nesaprata vai nesaņēma, lai gan to vēlējās. Tas pamato nepieciešamību pilnveidot pacientam saprotamu informāciju par izmeklējuma rezultāta saņemšanas kārtību, atbildīgo ārstniecības personu, pie kuras vērsties rezultāta klīniskai skaidrošanai, un nākamo soli pacienta ceļā. Radiologs izvērtē attēlus un sagatavo radioloģiskā izmeklējuma aprakstu/slēdzienu, savukārt rezultāta interpretācija pacienta klīniskās situācijas un turpmākās ārstēšanas kontekstā primāri ir nosūtošā ārsta vai ārstējošā speciālista kompetencē. Ja tiek paredzēta atsevišķa radiologa konsultācija pacientam, tās nepieciešamība un indikācijas nosakāmas atsevišķi. Aptaujas dati paši par sevi neļauj secināt par radioloģiskā slēdziena profesionālo kvalitāti.

5.10. Atkārtoti radioloģiskie izmeklējumi

Atkārtota radioloģiskā izmeklējuma pieredzi norādīja 50 (18,4 %) respondenti: 29 (10,7 %) – vienu reizi, 11 (4,0 %) – vairākas reizes, bet 10 (3,7 %) – situāciju, kad speciālists lūdza izmeklējumu pārtaisīt konkrētā ārstniecības iestādē.

Aptaujas jautājums apvienoja vairākus iespējamus atkārtojuma iemeslus – tehnisku kvalitāti, datu pazušanu/nepieejamību, klīnisku nepieciešamību un iestādes prasību. Tādēļ no šīs aptaujas nevar noteikt konkrēto cēloņu īpatsvaru.

Atkārtotu izmeklējumu pieredze	n	Vidējais kopējais aprūpes vērtējums
Nebija atkārtojumu	219	7,2
Vienu reizi	29	7,3
Vairākas reizes	11	5,7
Pārtaisīts konkrētā iestādē	10	6,4
Nav pārliecības	3	6,3

Aptaujas rezultāts: Pacientiem bez atkārtotiem izmeklējumiem vidējais kopējais aprūpes vērtējums bija 7,2, bet vairāku atkārtojumu grupā – 5,7; konkrētā iestādē pārtaisīta izmeklējuma grupā – 6,4.

MVI sākotnējā interpretācija: Dati rāda saistību starp vairākkārtēju izmeklējumu pieredzi un zemāku kopējo aprūpes vērtējumu, tomēr atkārtotu radioloģisko izmeklējumu skaits pats par sevi nav interpretējams kā nekvalitatīva darba pazīme. Daļa atkārtoto izmeklējumu ir medicīniski pamatoti kontroles izmeklējumi, kas nepieciešami slimības gaitas vai ārstēšanas rezultātu novērtēšanai dinamiskā. Kvalitātes vadības kontekstā nozīmīga ir atkārtojumu iemeslu strukturēta uzskaitē, atsevišķi nodalot medicīniski nepieciešamus kontroles izmeklējumus no atkārtojumiem tehniskas kvalitātes, iepriekšējo attēlu vai aprakstu nepieejamības, iestādes prasības vai citu iemeslu dēļ.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Atsevišķās grupas ir nelielas, un pašreizējā aptauja nenodala atkārtojuma cēloni, tādēļ cēloņsakarību secināt nedrīkst. Turpmāk atkārtotu izmeklējumu uzskaitē ieteicams atsevišķi nodalīt medicīniski nepieciešamu kontroles izmeklējumu, tehniskas kvalitātes problēmu, iepriekšējo datu nepieejamību, iestādes prasību un citus klīniski pamatotus iemeslus.

5.11. Diagnozes paziņošana

Rādītājs	Pozitīvi, n	Bāze	Pozitīvi, %
Diagnoze izskaidrota saprotami un pietiekami detalizēti	217	269	80,7 %
Diagnoze paziņota iejūtīgi	201	272	73,9 %
Dota iespēja uzdot jautājumus	234	272	86,0 %
Nodrošināts privātums	234	272	86,0 %

Aptaujas rezultāts: Diagnozes paziņošanā 86,0 % pozitīvi vērtēja iespēju uzdot jautājumus un privātumu, 80,7 % – diagnozes skaidrojuma saprotamību, bet 73,9 % – paziņošanas iejūtību.

MVI sākotnējā interpretācija: Privātums un iespēja uzdot jautājumus ir izteiktas stiprās puses, savukārt zemāks iejūtības vērtējums (73,9 %) norāda uz nevienmērīgu pacientu pieredzi un ir atsevišķs komunikācijas pilnveides mērķis. Atsevišķi kvalitatīvie komentāri apraksta sarežģītu pieredzi, saņemot diagnozi gaitenī vai elektroniskā vidē pirms ārsta skaidrojuma. Šādi komentāri ir individuāli pieredzes signāli, nevis problēmas biežuma rādītājs. Šo starpnozaru jautājumu ieteicams izvērtēt kopā ar MVI onkoloģijā un ārstniecības iestādēm, tostarp komunikācijas principu un personāla apmācības aspektā.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Aptauja neietver ārstniecības iestādes, profesionāļa vai diagnozes situācijas mainīgo, tādēļ nav iespējams noteikt, kur un kādos apstākļos atšķirības rodas. Turpmāk jāizvērtē standartizēti diagnozes paziņošanas principi un to pacientu vērtējums.

5.12. Informācija par turpmāko ārstēšanu un atbalstu

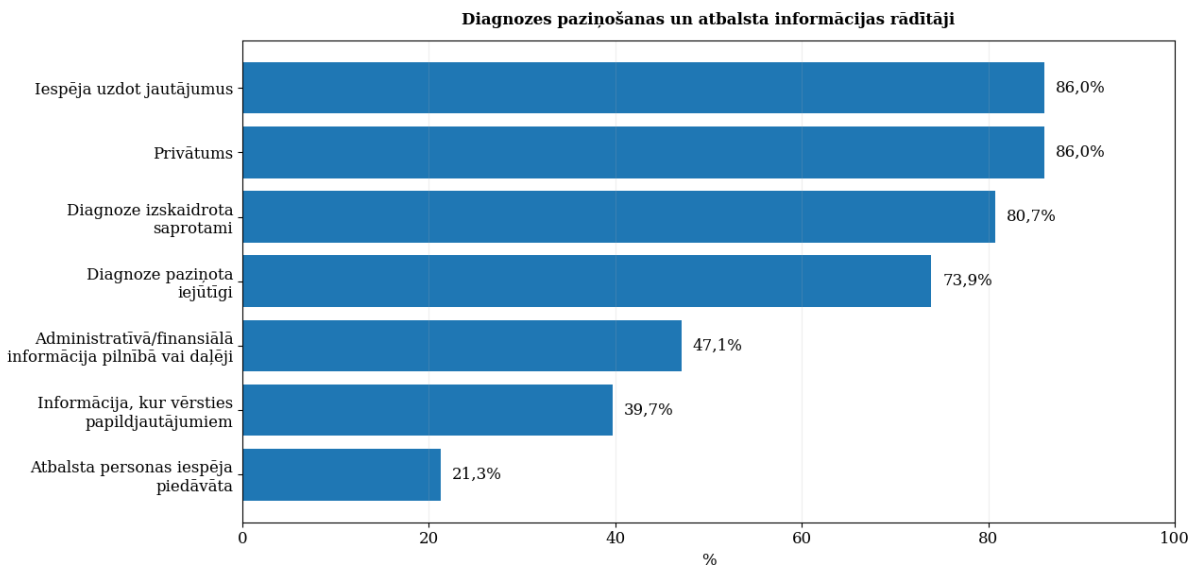
Rādītājs	n	Bāze	%
Ārstēšanas iespējas izskaidrotas pilnībā vai daļēji	231	272	84,9 %

Rādītājs	n	Bāze	%
Pacients iesaistīts lēmumos pilnībā vai daļēji	186	272	68,4 %
Informācija, kur vērsties papildjautājumiem	108	272	39,7 %
Administratīvā/finansiālā informācija pilnībā vai daļēji	128	272	47,1 %

Aptaujas rezultāts: Ārstēšanas iespējas pilnībā vai daļēji tika izskaidrotas 84,9 % respondentu, savukārt 68,4 % norādīja, ka pilnībā vai daļēji tika iesaistīti lēmumu pieņemšanā. Zemāka bija praktiskās informācijas pieejamība – 39,7 % respondentu saņēma informāciju, kur vērsties papildjautājumu gadījumā. Administratīvo vai finansiālo informāciju pilnībā vai daļēji saņēma 47,1 %, 42,3 % norādīja, ka šādu informāciju nesaņēma, savukārt 10,7 % norādīja, ka šāda palīdzība viņiem nebija nepieciešama.

MVI sākotnējā interpretācija: Rezultāti norāda, ka klīniskā informācija par ārstēšanas iespējām pacientiem tiek sniegta biežāk nekā praktiska informācija par turpmāko rīcību un atbalstu. Īpaši izceļas skaidra kontaktpunkta trūkums pēc diagnozes, kas var palielināt pacienta neskaidrību turpmākajā ceļā.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Šie rādītāji raksturo kopējo diagnostikas un turpmākās aprūpes pieredzi un nav attiecināmi tikai uz radioloģijas pakalpojumu. Aptauja neļauj noteikt, kurā konkrētajā pacienta ceļa posmā vai ārstniecības iestādē informācijas trūkums radies. Turpmāk šo jautājumu ieteicams izvērtēt kopā ar MVI onkoloģijā un ārstniecības iestādēm, precizējot kontaktinformācijas un praktiskā atbalsta nodrošināšanas atbildības punktu pacienta ceļā.



4. attēls. Diagnozes paziņošanas un atbalsta informācijas rādītāji.

Aptaujas rezultāts: Attēls parāda diagnozes paziņošanas kvalitātes un atbalsta informācijas rādītājus. Atbalsta personas klātbūtnes iespēju norādīja kā piedāvātu 58 respondenti (21,3 %); 186 (68,4 %) norādīja, ka šāda iespēja netika piedāvāta, četri (1,5 %) – ka klātbūtne tika liegta, bet 24 (8,8 %) diagnozi uzzināja pa tālruni vai e-pastā. Aptauja nevērtēja, vai respondentam atbalsta personas klātbūtne konkrētajā situācijā bija nepieciešama vai vēlama.

MVI sākotnējā interpretācija: Pacientu pieredzē klīniskās komunikācijas stiprās puses nav vienmēr papildinātas ar sistemātisku emocionālo un praktisko atbalstu pēc diagnozes paziņošanas.

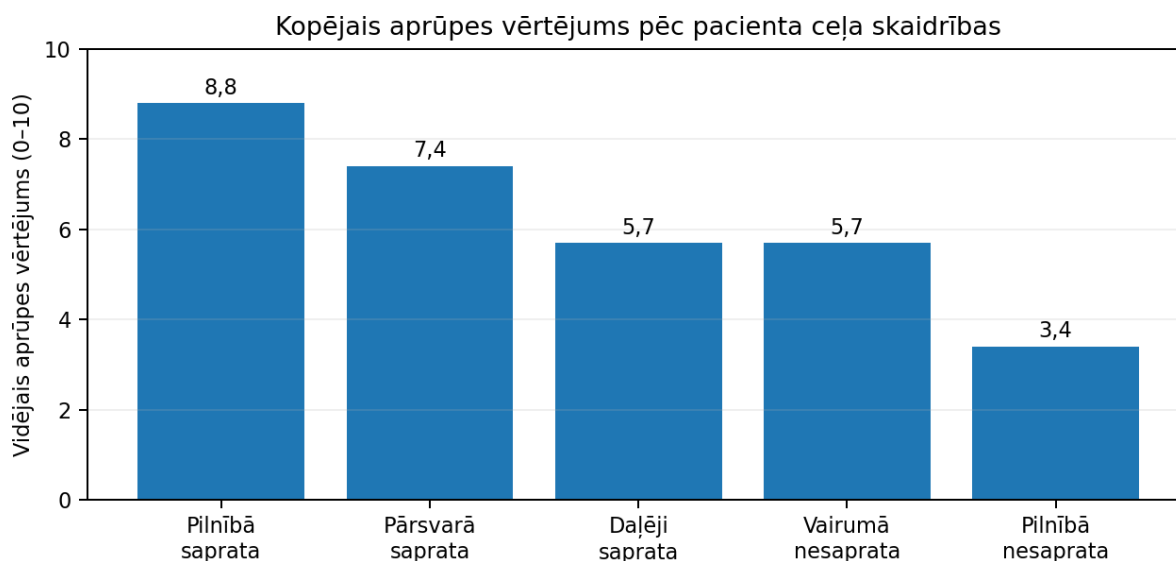
Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Šis posms ir starpnozaru jautājums un nav attiecināms tikai uz radioloģiju. Turpmāk jāprecizē, kurā pacienta ceļa punktā jānodrošina atbalsta personas informēšana, kontaktpunkts un praktiskā informācija.

5.13. Kopējais pacientu pieredzes vērtējums

Kopējais saņemtais aprūpes vērtējums diagnostikas posmā bija vidēji 7,1 no 10, mediāna – 8. Vērtējumu 8–10 sniedza 140 (51,5 %) respondentu, bet 0–4 – 37 (13,6 %).

5.14. Pacienta ceļa skaidrība

Visu maršrutu un nākamso soļus pilnībā saprata 94 no 269 atbildējušajiem (34,9 %), pārsvarā – 79 (29,4 %), daļēji – 67 (24,9 %), vairumā gadījumu nesaprata – 14 (5,2 %), bet pilnībā nesaprata – 15 (5,6 %). Kopā vismaz daļēju apjukumu norādīja 96 (35,7 %).



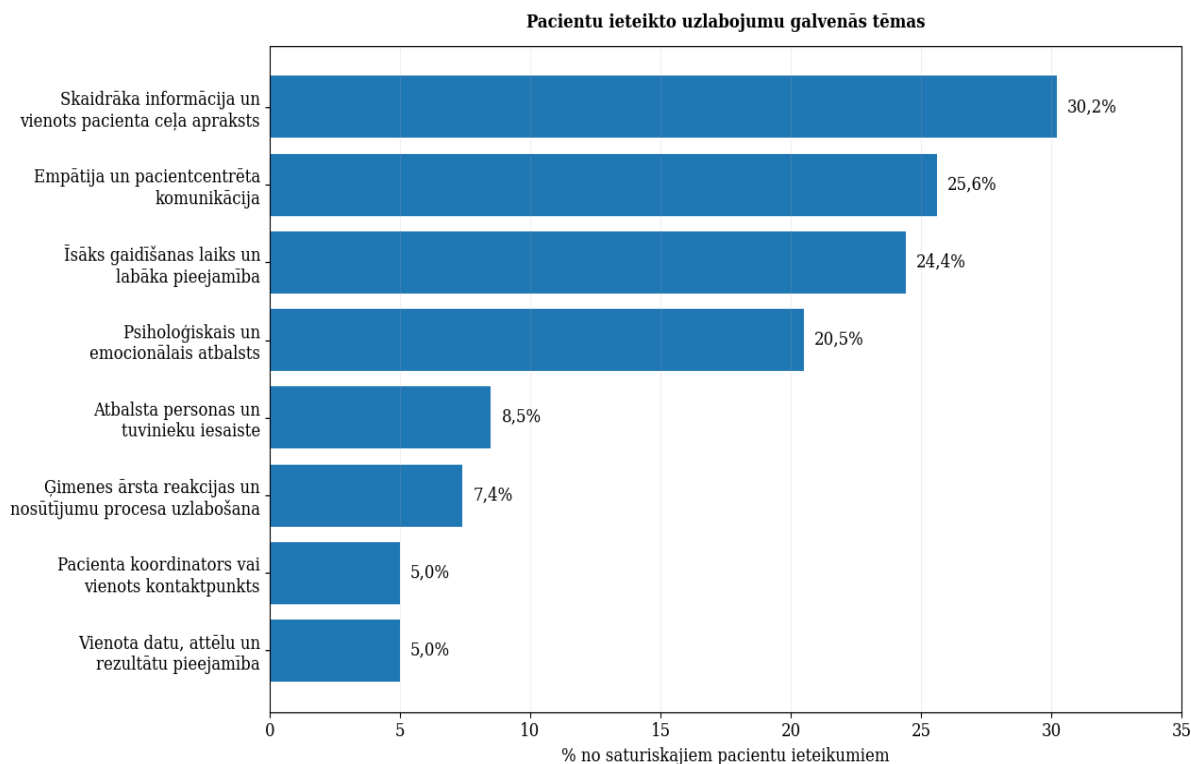
5. attēls. Kopējais aprūpes vērtējums (5.13.) atkarībā no pacienta ceļa skaidrības (5.14.).

MVI sākotnējā interpretācija: Novērota izteikta pakāpeniska saistība starp pacienta ceļa skaidrību un kopējo aprūpes vērtējumu. Maršruta saprotamība tādēļ ir praktiski nozīmīgs uzlabojumu virziens; šī saistība nepierāda cēloņsakarību.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Šī saistība nepierāda cēloņsakarību un var būt saistīta arī ar citiem pieredzes faktoriem. Turpmāk jāvērtē, vai maršruta skaidrības uzlabojumi atkārtotā mērījumā ir saistīti ar labāku kopējo pieredzi.

6. Kvalitatīvo datu analīze

Trīs atvērtie lauki apkopoja negatīvo pieredzi, pozitīvo pieredzi un pacientu priekšlikumus. Tematiskā kodēšana ir daudzatzbilžu analīze: vienā komentārā varēja identificēt vairākas tēmas. Gala ziņojumā izmantoti manuāli pārskatīti tematiskās kodēšanas rezultāti no Excel pielikuma. Procenti aprēķināti pret saturisko komentāru skaitu attiecīgajā atvērtajā laukā (negatīvā pieredze $n=250$, pozitīvā pieredze $n=255$, pacientu ieteikumi $n=258$), tādēļ tematisko minējumu procentu summa var pārsniegt 100 % un nav interpretējama kā problēmas prevalence populācijā.



6. attēls. Pacientu ieteikto uzlabojumu galvenās tēmas (tematiskā kodējuma rezultāts).

Aptaujas rezultāts: Attēls apkopo pacientu ieteikumu atvērtā lauka biežākās tematiskās kategorijas. Visbiežāk minēta skaidrāka informācija un vienots pacienta ceļa apraksts (78 minējumi; 30,2 %), empātija un pacientcentrēta komunikācija (66; 25,6 %), īsāks gaidīšanas laiks un labāka pieejamība (63; 24,4 %) un psiholoģiskais un emocionālais atbalsts (53; 20,5 %).

MVI sākotnējā interpretācija: Kvalitatīvo komentāru struktūra papildina kvantitatīvos rezultātus un palīdz prioritizēt jautājumus, kuri pacientiem ir praktiski nozīmīgi visā diagnostikas ceļā.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Tematiskie kodi nav savstarpēji izslēdzoši un nav interpretējami kā populācijas prevalences rādītāji. Turpmākai metodoloģiskai stiprināšanai ieteicama neatkarīga otrā kodētāja pārbaude un kodēšanas saskaņotības novērtējums.

6.1. Respondentu viedokļos dominējošās tēmas

Tēma	Minējumi	% no saturiskajiem ieteikumiem
Skaidrāka informācija un vienots pacienta ceļa apraksts	78	30,2 %
Empātija un pacientcentrēta komunikācija	66	25,6 %
Īsāks gaidīšanas laiks un labāka pieejamība	63	24,4 %
Psiholoģiskais un emocionālais atbalsts	53	20,5 %
Atbalsta personas un tuvinieku iesaiste	22	8,5 %
Ģimenes ārsta reakcijas un nosūtījumu procesa uzlabošana	19	7,4 %
Pacienta koordinators vai vienots kontaktpunkts	13	5,0 %
Vienota datu, attēlu un rezultātu pieejamība	13	5,0 %

Aptaujas rezultāts: Pacientu ieteikumu tematiskajā kodējumā biežākās tēmas ir skaidrāka informācija un vienots pacienta ceļa apraksts (78 minējumi; 30,2 % no 258 saturiskajiem ieteikumiem), empātija un pacientcentrēta komunikācija (66; 25,6 %) un īsāks gaidīšanas laiks un labāka pieejamība (63; 24,4 %).

MVI sākotnējā interpretācija: Kvalitatīvie dati papildina kvantitatīvos rezultātus un palīdz identificēt pacientiem praktiski nozīmīgākos pieredzes aspektus.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Vienam komentāram var būt vairāki kodi, tādēļ procenti nav interpretējami kā savstarpēji izslēdzoša problēmu izplatība populācijā. Turpmākai publikācijai ieteicama otrā neatkarīgā kodētāja pārbaude un kodēšanas saskaņotības novērtējums.

6.2. Tematiskā kodējuma detalizācija

Negatīvās pieredzes komentāros visbiežāk identificēta gaidīšana un pakalpojumu pieejamība (86 minējumi), diagnozes un rezultātu paziņošanas problēmas (62), attieksme, iejūtība un privātums (47), informācijas trūkums un neskaidrs pacienta maršruts (36), ģimenes ārsta reakcija un nosūtījumu procesa jautājumi (27), psiholoģiskā un emocionālā atbalsta trūkums (23), administratīvie un finansiālie šķēršļi (12) un personāla noslodze/nepietiekams laiks pacientam (9). Analīzē iekļauti 250 saturiski komentāri; vienā komentārā var būt vairākas tēmas.

Pozitīvajos komentāros visbiežāk izcelta profesionāla, iejūtīga un cieņpilna attieksme (92 minējumi), speciālistu kompetence un ārstēšanas kvalitāte (58), skaidra komunikācija un informācija (36), ātra diagnostika un Zaļā koridora darbība (22), tuvinieku un pacientu organizāciju atbalsts (21) un komandas darbs, koordinācija un pēctecība (10). Analīzē iekļauti 255 saturiski komentāri; vienā komentārā var būt vairākas tēmas.

Pacientu priekšlikumos visbiežāk minēta skaidrāka informācija un vienots pacienta ceļa apraksts (78 minējumi), empātija un pacientcentrēta komunikācija (66), īsāks gaidīšanas laiks un labāka pieejamība (63), psiholoģiskais un emocionālais atbalsts (53), atbalsta personas un tuvinieku iesaiste (22), ģimenes

ārsta reakcijas un nosūtījumu procesa uzlabošana (19), pacienta koordinators vai vienots kontaktpunkts (13), vienota datu, attēlu un rezultātu pieejamība (13), personāla kapacitāte un vairāk laika pacientam (7) un administratīvais/finansiālais atbalsts (1). Analīzē iekļauti 258 saturiski komentāri; vienā komentārā var būt vairākas tēmas.

6.3. Anonimizēti ilustratīvi citāti

Zemāk atlasīti būtiskākie respondentu citāti, kas ilustrē galvenās kvalitatīvajā analīzē identificētās tēmas, īpaši pacienta maršruta skaidrību, pieejamību, komunikāciju, radioloģijas procesa pieredzi, psiholoģisko atbalstu un pozitīvas aprūpes piemērus.

Piezīme. Citāti anonimizēti un atsevišķos gadījumos redakcionāli saīsināti, nemainot to saturisko nozīmi. Izlaistas teksta daļas norādītas ar [...]. Citāti ir ilustratīvi un nav izmantojami kā tēmas izplatības rādītājs.

Tēma	Anonimizēts ilustratīvs citāts
Pacienta maršruts un koordinācija	“Vēlētos kuratoru, kas varētu palīdzēt ar informāciju un pierakstiem pie ārstiem.”
Pacienta maršruta skaidrība	“Neskaidrība, ko darīt un kādā secībā, kā izvēlēties speciālistus [...] kur un kam zvanīt. Visu šo informāciju bija jāmeklē pašai.”
Informācija pēc diagnozes	“Atrast laiku pacientam, lai izstāstītu, kas tagad notiks, kas jādara un kur jāiet [...]”
Komunikācija un empātija	“Runāt ar pacientu skaidrā valodā un ar empātiju!”
Psiholoģiskais atbalsts	“Pirms un pēc iespējamās diagnozes paziņošanas organizēt tikšanos ar psihologu.”
Radioloģisko izmeklējumu un aprakstu gaidīšana	“Ilgi bija jāgaida izmeklējumu un aprakstu.”
Radioloģijas rezultātu savlaicīgums	“Datortomogrāfijas un magnētiskās rezonanses atbildes [...] varētu aprakstīt ātrāk.”
Kontrastvielas blaknes un komunikācija	“Radiologs (vai radiologa asistents) īsti neticēja par kontrastvielas blaknēm, lai gan tādas bija.”
Biopsijas pieejamība	“Nebija iespējams ātri veikt biopsiju USG kontrolē par valsts līdzekļiem [...] Gāju uz privātu iestādi par maksu.”
Diagnozes paziņošana un privātums	“Diagnozi uzzināju gaitenī [...] tas bija šoks.”
Nosūtījumu process	“Ģimenes ārsta nevēlēšanās nosūtīt uz izmeklējumu [...] bija grūtības saprast ārstēšanas procesu, kas man tālāk jādara.”
Pozitīva – savlaicīga diagnostika	“Zaļais koridors un iespēja operatīvi veikt visus nepieciešamos izmeklējumus.”
Pozitīva – informācija un atbalsts	“Biju slimnīcā, saņēmu maksimālu uzmanību, visu informāciju un atbalstu.”
Pozitīva – koordinācija un empātija	“Kuratoru un medicīnisko māsu atbalsts un atsaucība. Tik daudz, cik viņu spēkos un kompetencē, tika izskaidrots ar lielu empātiju.”
Pozitīva – skaidrs nākamais solis	“Pēc speciālista apmeklējuma apjukums pazuda, jo visu laiku bija skaidrs nākamais solis diagnosticēšanā un ārstēšanā.”

Aptaujas rezultāts: Citāti ilustrē vairākas dominējošās tēmas – gaidīšanu un pakalpojumu pieejamību, pacienta maršruta neskaidrību, komunikāciju un empātiju, diagnozes un rezultātu skaidrošanu, psiholoģiskā atbalsta vajadzību, kā arī pozitīvu savlaicīgas diagnostikas, koordinācijas un personāla atbalsta pieredzi.

MVI sākotnējā interpretācija: Radioloģijas skatpunktā īpaši nozīmīgi ir citāti par izmeklējumu un aprakstu gaidīšanu, rezultātu savlaicīgumu, kontrastvielas blakņu komunikāciju un biopsijas pieejamību. Savukārt pacienta maršruta, diagnozes paziņošanas, kontakta un psiholoģiskā atbalsta jautājumi vērtējami plašākā starpnozaru pacienta ceļa kontekstā.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Atsevišķs citāts neatspoguļo problēmas biežumu un pats par sevi nepierāda sistēmisku cēloni. Citāti izmantojami pacientu pieredzes satura ilustrēšanai un turpmāko uzlabojumu tēmu formulēšanai.

Radioloģijas skatpunkta kvalitatīvie signāli

Respondentu komentāros identificētais signāls	Tvērums	Jautājums turpmākai izvērtēšanai
Pacienta ziņota iespējama kontrastvielas blakusreakcija un nepietiekama personāla reakcija/komunikācija.	MVI radioloģijā tiešā joma – pacientu drošība	Izvērtēt vienotu ziņotu kontrastvielas reakciju atpazīšanas, dokumentēšanas un pacienta informēšanas principu.
Komentāri par attēlu vai aprakstu nepieejamību un nepieciešamību pacientam pašam nodrošināt datu nogādāšanu.	Radioloģija + sistēmiska datu aprite	MVI radioloģijā definēt mērījumus un metodiskus principus; starpiestāžu IT risinājumus rekomendēt atbildīgajām institūcijām.
Komentāri par ilgu gaidīšanu uz biopsiju, tostarp USG kontrolē, un sarežģītu pāreju starp pakalpojuma posmiem.	Kopīga MVI radioloģijā un MVI onkoloģijā joma	Kopīgi izvērtēt nosūtījuma, pieraksta un diagnostikas posmu sasaisti; turpmākajā PREM mērījumā nodalīt biopsijas veidu un steidzamību.
Atsevišķs komentārs par staru terapijas iekārtas bojājumu ārstēšanas laikā.	Ārpus diagnostiskās radioloģijas tiešās kompetences	Izmantot kā individuālu pakalpojuma nepārtrauktības signālu izvērtēšanai kopā ar MVI onkoloģijā/attiecināgo ārstniecības pakalpojuma sniedzēju.

7. Aptaujas rezultātos identificētie galvenie secinājumi

7.1. Stiprās puses

Stiprā puse	Datu pamatojums
Radioloģijas personāla iejūtība	8,3/10; mediāna 9; 75,0 % vērtējums 8–10
Sagatavošanās informācija	78,7 % saņēma pilnīgu un saprotamu informāciju
Procedūras skaidrojums	88,6 % saņēma pilnībā vai daļēji saprotamu skaidrojumu
Rezultātu pieejamība ārstam	82,4 % rezultāti bija pilnībā pieejami
Diagnozes paziņošanas procesa elementi	86,0 % bija iespēja uzdot jautājumus; 86,0 % pozitīvi vērtēja privātumu

Aptaujas rezultāts: Par galvenajām stiprajām pusēm dati identificē radioloģijas personāla iejūtību, sagatavošanās informāciju, procedūras skaidrojumu, rezultātu pieejamību un vairākus diagnozes paziņošanas procesa elementus.

MVI sākotnējā interpretācija: Attīstības darbā ir lietderīgi saglabāt un standartizēt jau pozitīvi novērtēto praksi, nevis koncentrēties tikai uz problēmām.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Aptauja neļauj noteikt, kurās iestādēs vai struktūrvienībās labā prakse ir stabilākā. Turpmāk jāizvērtē, kādi procesa un organizācijas elementi palīdz uzturēt augstos rādītājus.

7.2. Problemātiskās jomas

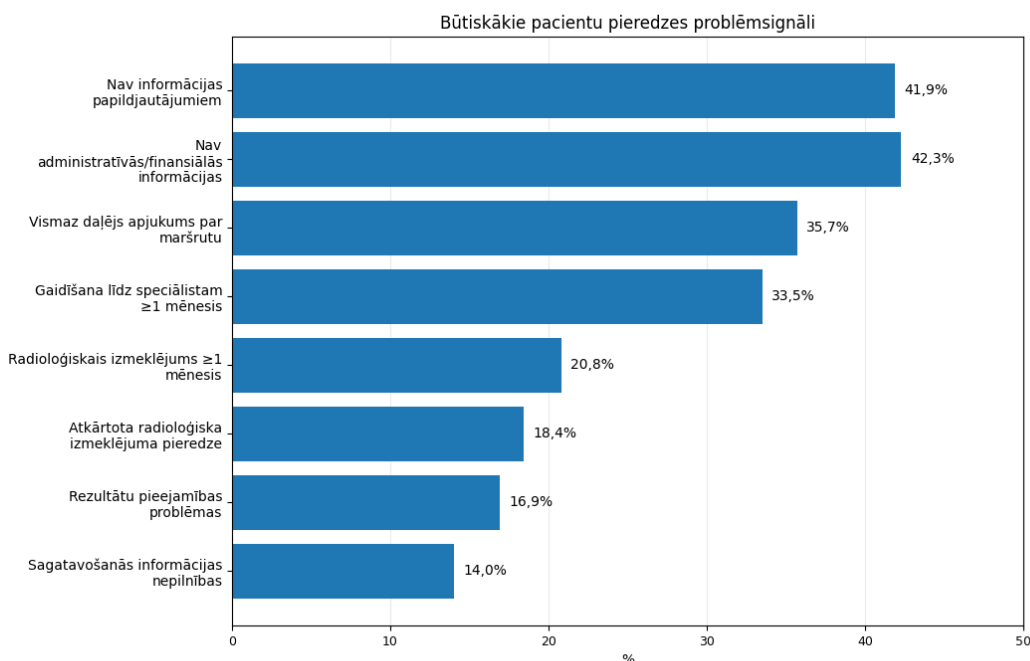
Problemātiskā joma	Datu pamatojums
Pacienta maršruta neskaidrība	35,7 % norādīja vismaz daļēju apjukumu.
Gaidīšana līdz speciālistam	33,5 % līdz speciālistam nonāca pēc ≥ 1 mēneša.
Gaidīšana līdz radioloģiskam izmeklējumam	20,8 % gaidīja ≥ 1 mēnesi; 26,8 % gaidīšanu vērtēja negatīvi.
Kontaktinformācijas trūkums pēc diagnozes	41,9 % nesaņēma informāciju, kur vērsties papildjautājumiem.
Administratīvās un finansiālās informācijas pieejamība	42,3 % respondentu norādīja, ka šādu informāciju nesaņēma; 10,7 % norādīja, ka šāda palīdzība nebija nepieciešama.
Rezultātu un attēlu nepārtrauktība	16,9 % norādīja pieejamības problēmas.
Atkārtoti radioloģiskie izmeklējumi	18,4 % norādīja atkārtota izmeklējuma pieredzi; cēloņi nav nodalīti.

Problemātiskā joma	Datu pamatojums
Informēšana par atbalsta personas klātbūtnes iespēju	Atbalsta personas klātbūtnes iespēja piedāvāta 21,3 %; 8,8 % diagnozi uzzināja pa tālruni vai e-pastā.

Aptaujas rezultāts: Galvenie problēmsignāli ir pacienta maršruta neskaidrība, gaidīšana, kontaktinformācijas un administratīvās informācijas trūkums, rezultātu pieejamības problēmas, atkārtoti izmeklējumi un atbalsta personas nepietiekama iesaiste.

MVI sākotnējā interpretācija: Problēmas koncentrējas pacienta ceļa pārejās starp posmiem, tāpēc uzlabojumi jāplāno gan radioloģijas procesā, gan starpnozaru koordinācijā.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Ne visas problemātiskās jomas ir risināmas MVI radioloģijā kompetences ietvaros. Turpmāk jāprecizē katra jautājuma kompetences robeža, atbildības sadalījums un nepieciešamā starpinstitucionālā iesaiste.



7. attēls. Būtiskākie pacientu pieredzes problēmsignāli.

Aptaujas rezultāts: Attēls vizuāli apkopo būtiskākos pacientu pieredzes problēmsignālus, kas identificēti kvantitatīvajos un kvalitatīvajos datos.

MVI sākotnējā interpretācija: Problēmsignāli nav izolēti – tie veido savstarpēji saistītu pacienta ceļa nepārtrauktības, pieejamības, informācijas, komunikācijas un datu pēctecības kopumu.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Attēls ir prioritizējošs kopsavilkums, nevis jauns statistisks mērījums. Turpmāk jāvalidē problēmsignālu prioritāte ar iesaistītajām iestādēm un pacientu organizācijām, kā arī jāprecizē kompetences un atbildības robežas.

7.3. Signāli, kuriem nepieciešams papildu izvērtējums

- Privāta vai daļēji maksas radioloģiska izmeklējuma izmantošanas iemesls (31,2 %) – aptauja neļauj noteikt, vai to izraisījusi rinda, vietas izvēle vai citi faktori.

- Atkārtotu izmeklējumu cēloņi – nepieciešams nodalīt tehnisku kvalitāti, datu nepieejamību, klīnisku nepieciešamību un iestādes prasību.
- Atšķirības starp ārstniecības iestādēm – pašreizējā datu kopā iestādes mainīgā nav.
- Gaidīšanas laiks pēc izmeklējuma veida un steidzamības – pašreizējā aptauja šos mainīgos neietver.
- Pacientu pieredze dažādās diagnožu grupās, stadijās un ārstēšanas profilos – nepieciešami papildus anonimizēti klasifikācijas mainīgie.

8. MVI interpretācija un rīcības kompetenču nodalījums

MVI interpretācijā aptaujas dati norāda nevis uz vienu dominējošu klīnisku problēmu, bet uz nevienmērīgu pacienta ceļa nepārtrauktību. Atsevišķi radioloģijas procesa elementi tiek vērtēti labi, taču starp posmiem saglabājas informācijas, koordinācijas un datu aprites pārrāvumi.

Darbības zona	Aptaujas signāli / darba saturs	MVI loma un sadarbība
MVI radioloģijā tiešā metodiskā kompetence	Radioloģijas pieejamības un gaidīšanas PREM; sagatavošanās informācija; procedūras skaidrojums; informācija par radioloģijas rezultātu saņemšanu; radioloģijas personāla iejūtība; attēlu/aprakstu pieejamība; atkārtotu izmeklējumu iemeslu klasifikācija un uzskaitē.	MVI radioloģijā var izstrādāt metodiku, rekomendācijas, pacientu informācijas minimumu, kvalitātes un PREM rādītājus, kā arī iniciēt/pilotēt kvalitātes uzlabojumus.
Kopīga MVI radioloģijā un MVI onkoloģijā joma	Pacienta ceļa skaidrība; diagnozes paziņošana; kontakts pēc diagnozes; informēšana par atbalsta personas klātbūtnes iespēju; biopsijas/diagnostikas pārejas; kopējā onkoloģiskā pacienta ceļa PREM un PROM.	MVI radioloģijā definē radioloģijas posmu; kopā ar MVI onkoloģijā veido vienotu onkoloģiskā pacienta ceļa modeli, kopīgus PREM/PROM principus un rekomendācijas ārstniecības iestādēm.
Rekomendācijas citām institūcijām	Gaidīšanas rindu organizācija un finansējums; sistēmiska e-nosūtījuma ieviešana; starpiestāžu attēlu/slēdzienu pieejamība un IT savietojamība; koordinatora funkcijas organizācija; administratīvais/finansiālais un psiholoģiskais atbalsts.	MVI radioloģijā apkopo datus, definē radioloģijas nozares vajadzību un sagatavo metodiskus priekšlikumus/rekomendācijas; sistēmiskās ieviešanas lēmumi ir ārstniecības iestāžu, NVD, VM, digitālās veselības vai citu kompetento institūciju līmenī.

MVI sākotnējā interpretācija: Tabula nodala trīs praktiskas darbības zonas – MVI radioloģijā tiešo metodisko kompetenci, kopīgos jautājumus ar MVI onkoloģijā un jautājumus, par kuriem nepieciešamas rekomendācijas citām institūcijām.

MVI sākotnējā interpretācija: Šāds nodalījums ļauj koncentrēt MVI radioloģijā darbu uz radioloģijas kvalitātes, pieejamības, komunikācijas un datu pēctecības uzdevumiem, vienlaikus saglabājot kopīgu onkoloģiskā pacienta ceļa skatījumu ar MVI onkoloģijā.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Nodalījums ir sākotnējs analītisks ietvars, nevis formāls institūciju kompetenču lēmums. Turpmāk saskaņošanā jāprecizē atbildība par starpnozaru aktivitātēm.

Svarīgākās interpretācijas:

- Augstais radioloģijas personāla iejūtības vērtējums ir stiprā puse, uz kuras iespējams balstīt vienotus pacientcentrētas komunikācijas standartus.
- Pacienta ceļa skaidrībai novērota izteikta pakāpeniska saistība ar kopējo aprūpes vērtējumu; tā ir praktiski nozīmīga prioritāte, lai gan cēloņsakarība nav pierādīta.
- Gaidīšanas laika pieaugums ir saistīts ar strauju apmierinātības samazināšanos; prioritāri nepieciešama rindu pārskatāmība un paredzamu termiņu komunikācija.
- Rezultātu pieejamības problēmas un atkārtotu izmeklējumu pieredze norāda uz nepieciešamību stiprināt datu un attēlu pēctecību, taču pašreizējā aptauja neļauj noteikt atkārtojumu cēloņu proporcijas.
- Atbalsta un praktiskās informācijas trūkums pēc diagnozes ir starpnozaru pacienta ceļa jautājums, kura risināšanai nepieciešama ārstniecības iestāžu, pacientu organizāciju un citu sistēmas dalībnieku iesaiste.

9. Aptaujas rezultātos identificētie prioritārie attīstības virzieni

Prioritārais attīstības virziens	Datu pamatojums	Skartais pacienta ceļa posms	MVI loma	MVI sākotnējais prioritātes priekšlikums
1. Pacienta ceļa skaidrība un koordinācija	35,7 % vismaz daļējs apjukums; pacientu ieteikumos skaidrāka informācija un vienots pacienta ceļa apraksts – 78 minējumi (30,2 % no saturiskajiem ieteikumiem).	No pirmajām aizdomām līdz ārstēšanas plāna apstiprināšanai	Kopā ar MVI onkoloģijā – vienots pacienta ceļš; MVI radioloģijā definē radioloģijas posma informācijas un pāreju minimumu.	Ļoti augsta
2. Savlaicīga pieejamība un gaidīšanas pārskatāmība	33,5 % līdz speciālistam ≥ 1 mēnesis; 20,8 % radioloģiju gaidīja ≥ 1 mēnesi; apmierinātība krītas, pagarinoties gaidīšanai.	Konsultācija un radioloģiskā diagnostika	MVI radioloģijā mēra un analizē radioloģijas pieejamības PREM; organizatoriskus un finansējuma risinājumus rekomendē ārstniecības iestādēm/NVD.	Ļoti augsta
3. Vienota pacientam saprotama informācija radioloģijā	14,0 % sagatavošanās informācijas nepilnības; 10,3 % rezultātu skaidrojuma problēmas.	Pirms izmeklējuma, izmeklējuma laikā un pēc tā	MVI radioloģijā – tieša metodiskā kompetence: pacientu sagatavošanas, procedūras skaidrojuma un rezultātu saņemšanas informācijas standartizācija.	Augsta
4. Attēlu, rezultātu un izmeklējumu pēctecība	16,9 % rezultātu pieejamības problēmas; 18,4 % atkārtotu izmeklējumu pieredze.	Starp radioloģiju un nākamo konsultāciju	MVI radioloģijā – metodika, kvalitātes monitorings un atkārtojumu iemeslu klasifikācija; starpiestāžu IT risinājumi – sistēmiska sadarbība/rekomendācijas	Augsta

Prioritārais attīstības virziens	Datu pamatojums	Skartais pacienta ceļa posms	MVI loma	MVI sākotnējais prioritātes priekšlikums
5. Pacientcentrētā komunikācija, atbalsts un pieredzes monitorings	Atbalsta personas klātbūtnes iespēja piedāvāta 21,3 %; 41,9 % nesaņēma kontaktinformāciju; 42,3 % nesaņēma administratīvo/finansiālo informāciju, bet 10,7 % norādīja, ka šāda palīdzība nebija nepieciešama.	Diagnozes paziņošana un turpmākie soļi	Kopā ar MVI onkoloģijā – PREM/PROM sistēma; MVI radioloģijā atbild par radioloģijas PREM un radioloģijas kvalitātes rādītājiem.	Augsta / starpnozaru

MVI sākotnējā interpretācija un prioritizācijas priekšlikums: Pamatojoties uz aptaujas kvantitatīvajiem un kvalitatīvajiem signāliem, izdalīti pieci attīstības virzieni turpmākai saskaņošanai: pacienta ceļa skaidrība un koordinācija; savlaicīga pieejamība; pacientam saprotama informācija radioloģijā; attēlu un rezultātu pēctecība; pacientcentrēta komunikācija, atbalsts un pieredzes monitorings.

MVI sākotnējā interpretācija: Prioritātes sasaista vairākus savstarpēji saistītus aptaujas signālus un veido pamatu virsmērķu un konkrētu uzdevumu formulēšanai.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Prioritātes ir MVI sākotnējs, datus balstīts priekšlikums un nav uzskatāmas par saskaņotu starpinstitutionālu lēmumu. Turpmāk tās jāvalidē ar iesaistītajām ārstniecības iestādēm un pacientu organizācijām.

10. Virsmērķi un uzdevumi

VIRSMĒRĶIS 1. Savlaicīgāks un pacientam pārskatāmāks diagnostikas ceļš (kopā ar MVI onkoloģijā; sistēmiskie risinājumi – rekomendācijas)

- Definēt pacientam saprotamu diagnostikas ceļa informācijas minimumu un secīgu maršruta aprakstu.
- Stiprināt skaidra kontaktpunkta/koordinācijas funkciju situācijās, kad pacientam jāvirzās starp vairākiem pakalpojuma posmiem.
- Veidot gaidīšanas laika un iespējamo alternatīvu pakalpojuma vietu pārskatāmību.
- Starpnozaru līmenī izvērtēt nosūtījuma procesa un pacientam sniedzamās informācijas minimumu, tostarp nosūtījuma mērķa skaidrojumu un nepieciešamās klīniskās informācijas pieejamību.

VIRSMĒRĶIS 2. Vienota un pacientam saprotama informācija radioloģijas procesā (MVI radioloģijā tiešā kompetence)

- Standartizēt sagatavošanās informācijas minimumu biežākajiem radioloģiskajiem izmeklējumiem.
- Definēt īsu procedūras skaidrojuma minimumu un pacienta izpratnes pārbaudes principus.
- Definēt pacientam sniedzamās informācijas minimumu par radioloģiskā izmeklējuma rezultāta saņemšanas kārtību, norādot, kur un kad rezultāts būs pieejams, pie kura ārsta pacientam vērsties tā klīniskai skaidrošanai un kāds ir nākamais solis pacienta turpmākajā aprūpē.

VIRSMĒRĶIS 3. Pacientcentrēta komunikācija un atbalsts diagnostikas laikā (kopā ar MVI onkoloģijā)

- Vienoties par diagnozes paziņošanas pamatprincipiem: privātums, iekļaušana, saprotams skaidrojums, jautājumu iespēja.
- Pacientam savlaicīgi sniegt informāciju par atbalsta personas klātbūtnes iespēju, ja nav objektīvu ierobežojumu.
- Pēc diagnozes nodrošināt rakstisku/digitālu informācijas komplektu ar kontaktu turpmākai saziņai un praktiskā un psiholoģiskā atbalsta norādēm.

VIRSMĒRĶIS 4. Radioloģisko izmeklējumu un rezultātu pēctecības uzlabošana (MVI radioloģijā metodiskā kompetence; IT risinājumi – starpinstitucionāli)

- Ieviest strukturētu atkārtota izmeklējuma iemesla uzskaiti.
- Stiprināt attēlu un aprakstu pieejamības pārbaudi pirms nākamās konsultācijas.
- Ilgtermiņā izvērtēt radioloģisko attēlu un slēdzienu nepieejamības cēloņus, tostarp starpiestāžu datu apriti un tehnisko savietojamību, un, pamatojoties uz izvērtējumu, sagatavot priekšlikumus kompetentajām institūcijām.

VIRSMĒRĶIS 5. Regulāra PREM/PROM mērīšana un datos balstīta pilnveide (MVI radioloģijā PREM; kopā ar MVI onkoloģijā PREM/PROM)

- Definēt ierobežotu, regulāri uzraugamu radioloģijas PREM rādītāju kopumu.
- Pēc uzlabojumu ieviešanas atkārtot aptauju, saglabājot salīdzināmus pamatindikatorus.
- Nākamajā pētījumā kopā ar MVI onkoloģijā precizēt laika punktus, pakalpojuma vietu, diagnožu grupas, izmeklējuma veidu un steidzamību, kā arī izvērtēt PROM iekļaušanu ārstēšanas posmā.

10.1. Aptaujas rezultātos identificētie “ātrie uzlabojumi”

Pamatojoties uz aptaujas rezultātiem, zemāk apkopoti īstermiņā pilotējami uzlabojumi, kas galvenokārt saistīti ar informācijas skaidrību, komunikāciju un procesa organizāciju un kuru īstenošanai nav nepieciešama būtiska informācijas sistēmu pārbūve.

Atbildības orientieris: MVI radioloģijā tieši virzāmi radioloģijas sagatavošanas, procedūras skaidrojuma, rezultātu saņemšanas informācijas un atkārtotu izmeklējumu iemeslu uzskaites uzlabojumi. Pacienta ceļvedis, kontakts pēc diagnozes, atbalsta personas informēšana un kopējā pacienta ceļa koordinācija attīstāma kopā ar MVI onkoloģijā un ārstniecības iestādēm.

Nr.	Ātrais uzlabojums	Aptaujas datu pamatojums
1.	Izstrādāt vienas lapas un digitālu pacienta ceļvedi “Ceļš līdz diagnozei” ar diagnostikas posmiem, nākamo soli un kontaktinformāciju.	35,7 % respondentu norādīja vismaz daļēju apjukumu par pacienta maršrutu.
2.	Nodrošināt skaidru kontaktpunktu papildjautājumiem pēc diagnozes vai izmeklējuma, norādot saziņas kanālu un atbildes kārtību.	41,9 % respondentu nesaņēma informāciju, kur vērsties papildjautājumu gadījumā.
3.	Izstrādāt vienotus, pacientam saprotamus sagatavošanās materiālus biežākajiem radioloģiskajiem izmeklējumiem, skaidri norādot sagatavošanās prasības.	14,0 % respondentu sagatavošanās informāciju saņēma daļēji, neskaidri vai nesaņēma.
4.	Ieviest īsu standartizētu procedūras skaidrojuma minimumu pirms radioloģiskā izmeklējuma un pacienta izpratnes pārbaudes principu.	8,5 % respondentu norādīja, ka procedūra netika izskaidrota vai skaidrojums nebija saprotams.
5.	Nodrošināt pacientam saprotamu informāciju par izmeklējuma rezultātu saņemšanu un skaidru nākamo soli pēc izmeklējuma.	10,3 % respondentu rezultātu skaidrojumu nesaprata vai nesaņēma, lai gan to vēlējās.
6.	Informēšana par atbalsta personas klātbūtnes iespēju .Savlaicīgi informēt pacientu par atbalsta personas klātbūtnes iespēju diagnozes paziņošanas laikā, ja nav objektīvu ierobežojumu.	Atbalsta personas klātbūtnes iespēja piedāvāta 21,3 %; 8,8 % diagnozi uzzināja pa tālruni vai e-pastā.
7.	Ieviest strukturētu atkārtotu radioloģisko izmeklējumu iemeslu uzskaiti, atsevišķi nodalot tehnisku kvalitāti, datu nepieejamību, klīnisku nepieciešamību un iestādes prasību.	18,4 % respondentu norādīja atkārtota radioloģiska izmeklējuma pieredzi.

Piezīme. Šie priekšlikumi uzskatāmi par sākotnēji pilotējamiem uzlabojumiem. Pēc ieviešanas to ietekme vērtējama ar pacientu atgriezenisko saiti un atbilstošiem procesa vai pacientu pieredzes rādītājiem.

11. Rekomendējamais rīcības plāns

Rīcības plāns ir priekšlikums saskaņošanai. Tajā norādītās institūcijas nav uzskatāmas par saistoši noteiktiem atbildīgajiem, kamēr nav panākta attiecīga vienošanās.

Prioritārais virziens	Virsmērķis	Uzdevums	Aptaujas datu pamatojums	Rekomendējamā aktivitāte	MVI loma / rekomendējamā sadarbība	Rezultatīvais rādītājs	Datu avots progresā novērtēšana
Pacienta ceļa skaidrība	V1	Vienots diagnostikas ceļa informācijas minimums	35,7 % vismaz daļējs apjukums; 14,4 % komentāru tēma – informācijas trūkums/maršruts	Izstrādāt vienas lapas un digitālu “Ceļš līdz diagnozei” ceļvedi ar posmiem un kontaktiem	Kopā: MVI radioloģijā + MVI onkoloģijā; līdzveide ar ārstniecības iestādēm un pacientu organizācijām.	Pacientu īpatsvars, kuri pilnībā/pārsvarā saprot maršrutu	Atkārtota pacientu aptauja
Kontakts pēc diagnozes	V1/V3	Nodrošināt skaidru kontaktpunktu papildjautājumiem	41,9 % nesaņēma kontaktinformāciju	Izrakstā/plānā norādīt kontaktpunktu, saziņas kanālu un atbildes laiku	MVI onkoloģijā / ārstniecības iestādes – vadošā loma; MVI radioloģijā definē kontaktinformācijas vajadzību radioloģijas posmā.	Pacientu īpatsvars ar saņemtu kontaktinformāciju	Pacientu aptauja; iestāžu procesa audits
Informēšana par atbalsta personas klātbūtnes iespēju	V3	Izvērtēt vienotu informēšanas principu par atbalsta personas klātbūtnes iespēju	Atbalsta personas klātbūtnes iespēja piedāvāta 21,3 %; 8,8 % diagnozi uzzināja pa tālruni vai e-pastā	Izvērtēt standartizētu informāciju par atbalsta personas klātbūtnes iespēju diagnozes paziņošanas situācijās	Ieteicama MVI onkoloģijā un ārstniecības iestāžu iesaiste; MVI radioloģijā sniedz radioloģijas posma metodisko ieguldījumu.	Informēto pacientu īpatsvars	Pacientu aptauja

Prioritārais virziens	Virsmērķis	Uzdevums	Aptaujas datu pamatojums	Rekomendējamā aktivitāte	MVI loma / rekomendējamā sadarbība	Rezultatīvais rādītājs	Datu avots progresa novērtēšana
Sagatavošanās informācija	V2	Standartizēt radioloģijas sagatavošanās informācijas minimumu	14,0 % daļēja/neskaidra vai nesaņemta informācija	Izstrādāt vienotus pacientam saprotamus materiālus biežākajiem izmeklējumiem	MVI radioloģijā izstrādā metodisko minimumu; radioloģijas dienesti pēc saskaņošanas varētu pilotēt/ieviest; pacientu organizāciju iesaiste rekomendējama materiālu saprotamības pārbaudē.	Pilnīgu informāciju saņēmušo īpatsvars	Pacientu aptauja; materiālu pieejamības audits
Procedūras un rezultātu skaidrojums	V2	Vienots procedūras skaidrojuma minimums un vienota informācija par rezultātu saņemšanas kārtību un turpmāko kontaktu.	8,5 % procedūras skaidrojuma problēmas; 10,3 % rezultātu skaidrojuma problēmas	Ieviest īsu komunikācijas kontrolesarakstu pirms radioloģiskā izmeklējuma un pacientam saprotamu rezultātu saņemšanas instrukciju, kurā norādīts, kur un kad pieejams rezultāts, pie kura ārsta vērsties tā klīniskai interpretācijai un kāds ir nākamais solis.	MVI radioloģijā izstrādā radioloģijas komunikācijas minimumu par procedūru un rezultātu saņemšanu; ārstniecības iestādes savā pacientu ceļā nosaka atbildības sadalījumu par rezultāta klīnisko skaidrošanu.	Pacientu īpatsvars, kuri zina rezultāta saņemšanas kārtību un turpmāko kontaktpunktu.	Pacientu aptauja

Prioritārais virziens	Virsmērķis	Uzdevums	Aptaujas datu pamatojums	Rekomendējamā aktivitāte	MVI loma / rekomendējamā sadarbība	Rezultatīvais rādītājs	Datu avots progresā novērtēšana
Atkārtoti izmeklējumi	V4	Nodalīt atkārtota izmeklējuma iemeslus	18,4 % norādīja atkārtota izmeklējuma pieredzi	Ieviest atkārtojuma iemesla kategorijas un regulāru cēloņu pārskatu	MVI radioloģijā definē iemeslu klasifikāciju un monitoringa principu; uzskaites ieviešana iespējama pēc saskaņošanas radioloģijas dienestu/kvalitātes vadības līmenī.	Atkārtojumi uz 1000 izmeklējumiem + iemeslu sadalījums	Radioloģijas as RIS/PACS vai kvalitātes uzskaite
Radioloģijas PREM rādītāji	V5	Definēt un uzraudzīt pamatindikatorus	Pašreizējā aptauja nodrošina sākotnējās vērtības	Definēt ierobežotu radioloģijas PREM rādītāju kopumu: pieejamība, sagatavošana, procedūras skaidrojums, komunikācija, datu pieejamība un atkārtojumi.	MVI radioloģijā – radioloģijas PREM rādītāji; kopā ar MVI onkoloģijā – kopējā pacienta ceļa PREM/PROM ietvars.	PREM rādītāji definēti un regulāri pārskatīti	PREM pārskats / atkārtota aptauja

Prioritārais virziens	Virsmērķis	Uzdevums	Aptaujas datu pamatojums	Rekomendējamā aktivitāte	MVI loma / rekomendējamā sadarbība	Rezultatīvais rādītājs	Datu avots progresā novērtēšana
Nosūtījuma process un pacientam sniegtais skaidrojums	V1	Starpnozaru līmenī izvērtēt nosūtījuma procesa un pacientam sniedzamās informācijas minimumu	19,8 % ģimenes ārsta ceļa grupā kavēšanās/atteikuma pieredze; 25,7 % respondentu nosūtījuma mērķis nebija pilnībā skaidrs	Izvērtēt nosūtījuma procesa un pacientam sniedzamās informācijas minimumu, tostarp nosūtījuma mērķa skaidrojumu un nepieciešamās klīniskās informācijas pieejamību	MVI radioloģijā – metodikas/rekomendāciju priekšlikuma izstrāde; saskaņošanā un iespējamās ieviešanas modeļa izvērtēšanā rekomendējama NVD, nosūtītāju pārstāvju un profesionālo organizāciju iesaiste.	Nosūtījuma procesa un pacientam sniegtās informācijas kritēriju priekšlikums	Mērķēts nosūtījumu audits / turpmāks pētījums
Gaidīšanas pārvaldība	V1	Uzlabot gaidīšanas pārskatāmību un alternatīvu izvēli	20,8 % radioloģiju gaidīja ≥ 1 mēnesi; apmierinātība strauji krītas, pieaugot gaidīšanai	Izvērtēt rindu pārskatāmību, prioritizācijas kritērijus un alternatīvas pakalpojuma vietas informāciju	MVI radioloģijā – mērīt un analizēt pacientu ziņoto pieejamību; rindu organizācijas un finansējuma risinājumu izvērtēšana ir ārstniecības iestāžu/NVD un citu kompetento institūciju ziņā.	Izmeklējumu īpatsvars ar gaidīšanu ≥ 1 mēnesis	Rindu dati + pacientu aptauja

Prioritārais virziens	Virsmērķis	Uzdevums	Aptaujas datu pamatojums	Rekomendējamā aktivitāte	MVI loma / rekomendējamā sadarbība	Rezultatīvais rādītājs	Datu avots procesa novērtēšana
Pacienta koordinatora funkcija	V1/V3	Izvērtēt koordinācijas funkciju riska posmos	35,7 % maršruta apjukums; 15,4 % komentāru tēma – koordinators/kontakts/atbalsta persona	Pilotēt kontaktpunkta vai koordinatora funkciju noteiktos onkoloģiskā ceļa posmos	Rekomendējama MVI onkoloģijā un ārstniecības iestāžu iesaiste; konkrēts koordinācijas modelis veidojams tikai pēc vienošanās ar iesaistītajām pusēm.	Pacientu īpatsvars ar identificētu kontaktpersonu; maršruta skaidrība	Pacientu aptauja; procesa dati

Prioritārais virziens	Virsmērķis	Uzdevums	Aptaujas datu pamatojums	Rekomendējamā aktivitāte	MVI loma / rekomendējamā sadarbība	Rezultatīvais rādītājs	Datu avots progresa novērtēšana
Attēlu un slēdzienu pieejamības un savietojamības izvērtējums	V4	Izvērtēt pacientu ziņoto datu nepieejamības cēloņus	16,9 % rezultātu pieejamības problēmas	Izvērtēt un strukturēti klasificēt radioloģisko attēlu un slēdzienu nepieejamības cēloņus, nodalot ārstniecības iestādes iekšējās informācijas aprites problēmas no starpiestāžu datu apmaiņas un tehniskās savietojamības problēmām. Ņemot vērā, ka onkoloģiskais pacients diagnostikas un ārstēšanas laikā var saņemt pakalpojumus vairākās ārstniecības iestādēs, radioloģisko datu pēctecību vērtēt visa pacienta ceļa kontekstā. Pamatojoties uz identificētajiem sistēmiskajiem cēloņiem, sagatavot priekšlikumus kompetentajām institūcijām un informācijas sistēmu uzturētājiem.	MVI radioloģijā definē klīnisko vajadzību, datu nepieejamības iemeslu klasifikācijas principus un monitoringa indikatorus. Ārstniecības iestādes iesaistāmas cēloņu identificēšanā un datu pēctecības izvērtēšanā. Sistēmisku starpiestāžu datu apmaiņas un tehniskās savietojamības risinājumu izvērtēšana un ieviešana ir VM, NVD, digitālās veselības atbildīgo institūciju un informācijas sistēmu uzturētāju kompetencē; risinājumu izvērtēšanā rekomendējama universitāšu un reģionālo slimnīcu iesaiste.	Gadījumu īpatsvars, kuros ārstam ir pilnībā pieejami iepriekšējie radioloģiskie attēli un slēdzieni, un identificēto nepieejamības iemeslu sadalījums.	Sistēmu dati + pacientu aptauja + ārstniecības iestāžu procesa dati.

Prioritārais virziens	Virsmērķis	Uzdevums	Aptaujas datu pamatojums	Rekomendējamā aktivitāte	MVI loma / rekomendējamā sadarbība	Rezultatīvais rādītājs	Datu avots progresa novērtēšanai
Atkārtots PREM mērījums un nākamais PREM/PRO M pētījums	V5	Nodrošināt salīdzināmību un precīzākus ceļa rādītājus	Pašreizējās aptaujas reprezentativitātes un laika intervālu ierobežojumi	Atkārtot diagnostikas/radioloģijas PREM aptauju un kopā ar MVI onkoloģijā īstenot ārstēšanas posma pētījumu, izvērtējot PROM iekļaušanu.	MVI radioloģijā + MVI onkoloģijā; pacientu organizāciju un ārstniecības iestāžu iesaiste rekomendējama metodikas aprobācijā un pilotēšanā.	Salīdzināmi PREM rādītāji un izstrādāts PREM/PROM pētījuma modelis	Atkārtotā aptauja / nākamais pētījums

Rekomendācija / rīcības priekšlikums: Rīcības plāns sasaista katru prioritāro virzienu ar virsmērķi, uzdevumu, aptaujas datu pamatojumu, rekomendējamo aktivitāti, MVI lomu/sadarbības modeli, rezultatīvo rādītāju un datu avotu progresa novērtēšanai. Termins šajā versijā apzināti netiek noteikti.

MVI sākotnējā interpretācija: Tabula ir ieviešanas ietvars, kas saglabā izsekojamību no aptaujas rezultāta līdz rekomendējamajai aktivitātei un mērāmajam rezultātam.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Rīcības plāns ir priekšlikums saskaņošanai; tajā minētās institūcijas nav saistoši noteikti atbildīgie. Atbildīgie, resursi un termiņi nosakāmi tikai pēc prioritāšu un aktivitāšu saskaņošanas.

12. Saskaņošanas un ieviešanas principi

- Rīcības plāns ir saskaņošanas priekšlikums, nevis vienpusējs pienākumu sadalījums citām institūcijām.
- Prioritāri jānošķir: pasākumi, ko MVI radioloģijā var metodiski īstenot vai koordinēt; pasākumi, kas jāattīsta kopā ar MVI onkoloģijā; un jautājumi, par kuriem nepieciešamas rekomendācijas ārstniecības iestādēm, NVD, VM, digitālās veselības atbildīgajiem vai citām institūcijām.
- Katram pēc saskaņošanas apstiprinātam pasākumam jānosaka atbildīgā puse, termiņš, finansējuma avots (ja nepieciešams), sākotnējā rezultatīvā rādītāja/PREM vai PROM vērtība un progresu novērtēšanas kārtība.
- Ātrie uzlabojumi jāpilotē pirms plašas ieviešanas un jāvērtē ar pacientu atgriezenisko saiti.
- Pacientu organizāciju iesaiste rekomendējama materiālu uztveramības pārbaudē un prioritāšu saskaņošanā.

13. Rezultātu publicēšana un prezentēšana

Pēc saskaņošanas rekomendējams izmantot vairākus rezultātu komunikācijas līmeņus, saglabājot vienādu datu interpretācijas robežu.

Formāts	Mērķis
Analītiskais pārskats	Pilns metodoloģiskais un datu rezultātu dokuments ar ierobežojumiem, secinājumiem un rīcības plānu.
Vadības kopsavilkums	2–4 lappušu kopsavilkums vadības un lēmumu pieņēmēju auditorijai.
Prezentācija	Galvenie dati, pacientu ceļa problemātiskie punkti, stiprās puses, prioritātes un lēmumi.
Pacientu organizāciju apspriede	Rezultātu interpretācijas un pacientam saprotamo materiālu līdzveide ar “Par Dzīvot” un Onkoalianse.
Atkārtots mērījums	Pēc būtisku uzlabojumu ieviešanas atkārtot aptauju, saglabājot salīdzināmus pamatindikatorus.

Rekomendācija / rīcības priekšlikums: Tabula neievieš jaunus aptaujas rādītājus, bet apkopo veidus, kā aptaujas rezultātus pēc saskaņošanas izmantot analītiskajā pārskatā, vadības kopsavilkumā, prezentācijā, pacientu organizāciju apspriedē un atkārtotā mērījumā.

MVI sākotnējā interpretācija: Dažādi komunikācijas formāti ļauj vienus un tos pašus rezultātus pielāgot lēmumu pieņēmēju, profesionāļu un pacientu organizāciju vajadzībām, saglabājot vienādas interpretācijas robežas.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Pirms publiskošanas jāpārbauda, lai saīsinātajos formātos netiktu zaudēti būtiskie izlases un reprezentativitātes ierobežojumi. Turpmāk jāvienojas par publicēšanas secību un auditorijām.

14. Nākamā pētījuma posma koncepts

Nākamo pētījuma posmu ieteicams izstrādāt kopā ar MVI onkoloģijā un veltīt ārstēšanas procesam – no ārstēšanas plāna apstiprināšanas līdz ārstēšanas sākumam un pirmajiem ārstēšanas cikliem. Tajā saglabājams salīdzināms PREM kodols par pacienta pieredzi, bet papildus izvērtējama PROM iekļaušana, lai mērītu pacienta paša ziņotus simptomus, funkcionēšanu, dzīves kvalitāti un ārstēšanas ietekmi.

Pilnveidojamā joma	Ieteikums nākamajam pētījumam
Precīzi laika punkti	Atsevišķi fiksēt simptomu/pirmo aizdomu, pirmās konsultācijas, nosūtījuma, radioloģiskā izmeklējuma, diagnozes un ārstēšanas sākuma datumus vai dienu skaitu.
Ārstniecības iestāde / pakalpojuma vieta	Iekļaut anonimizētu iestādes vai iestādes tipa mainīgo, ja grupu lielumi ļauj saglabāt anonimitāti.
Diagnozes grupa un ārstēšanas profils	Iekļaut plašas anonimizētas kategorijas, lai interpretētu atšķirīgu pacientu ceļu.
Radioloģiskā izmeklējuma veids un steidzamība	Nodalīt modalitāti un steidzamības kategoriju, lai gaidīšanu varētu interpretēt klīniskā kontekstā.
Maksas pakalpojuma iemesls	Noskaidrot, vai maksa izvēlēta rindas, vietas, kvalitātes, pieejamības vai pacienta izvēles dēļ.
Atkārtota izmeklējuma iemesls	Atsevišķi fiksēt tehnisku kvalitāti, datu nepieejamību, klīnisku nepieciešamību un iestādes prasību.
Pacienta koordinators	Mērīt, vai bija noteikta kontaktpersona/koordinators un cik noderīga tā bija.
Psiholoģiskais atbalsts	Mērīt piedāvājumu, saņemšanu un pacienta vajadzību.
Salīdzināmie pamatindikatori	Saglabāt maršruta skaidrību, komunikāciju, privātumu, kontaktinformāciju, kopējo aprūpes vērtējumu un radioloģijas personāla iejūtību.
PREM diagnostikas un radioloģijas posmā	Saglabāt un precizēt radioloģijas pieejamības, sagatavošanās, procedūras skaidrojuma, iejūtības, datu aprites, atkārtojumu un pacienta ceļa skaidrības rādītājus.
PROM ārstēšanas posmā	Kopā ar MVI onkoloģijā izvērtēt pacientu ziņotus simptomus, funkcionēšanu, dzīves kvalitāti un ārstēšanas ietekmi; konkrētais PROM instruments izvēlams atsevišķi atbilstoši pētījuma mērķim.
Vienota PREM sistēma un rādītāju salīdzināmība	Radioloģijas PREM turpmāk attīstīt savietojami ar valstī attīstāmo vienoto onkoloģisko pacientu PREM sistēmu, saglabājot iespēju radioloģijas posmā izmantot specifiskus

Pilnveidojamā joma	Ieteikums nākamajam pētījumam
	papildrādītājus. Metodikas aprobācijā, rādītāju definīciju saskaņošanā un turpmākā pilotēšanā rekomendējama universitāšu un reģionālo onkoloģiskā profila slimnīcu iesaiste, lai nodrošinātu vienotus nosacījumus un salīdzināmu datu ieguvu.
MVI sākotnējā interpretācija: Pašreizējā aptauja identificēja metodoloģiskus ierobežojumus, kuru dēļ nav iespējams precīzi aprēķināt visu pacienta ceļa laiku, salīdzināt ārstniecības iestādes vai interpretēt gaidīšanu pēc izmeklējuma veida un steidzamības. MVI sākotnējā interpretācija: Nākamā pētījuma dizainā jāuzlabo laika punktu precizitāte un jāiekļauj anonimizēti konteksta mainīgie. Radioloģijas daļā saglabājami salīdzināmi PREM rādītāji, savukārt ārstēšanas posmā kopā ar MVI onkoloģijā izvērtējams PREM un PROM kombinēts modelis. Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Papildu mainīgie nedrīkst apdraudēt anonimitāti vai pārmērīgi palielināt anketas slodzi. Turpmāk jāizvērtē optimāls mainīgo komplekts un anketa jāaprobē ar pacientu organizācijām.	

15. Noslēguma secinājumi

- Aptauja ar 272 atbildēm sniedz plašu konkrētās aptaujas respondentu pašziņotas pieredzes pārskatu, bet rezultāti nav reprezentatīvs visas Latvijas onkoloģisko pacientu vai radioloģijas sistēmas audits.
- Pašreizējā aptaujas konstrukcija neļauj korekti aprēķināt precīzu vidējo laiku no simptoma līdz diagnozei; iespējams analizēt tikai atsevišķus laika intervālus un kavēšanās signālus.
- Radioloģijas posma izteiktākā stiprā puse ir personāla iejūtība un rūpes (vidēji 8,3/10), kā arī salīdzinoši laba sagatavošanās informācija, procedūras skaidrojums un rezultātu pieejamība.
- Būtiskākie pacientu pieredzes uzlabojumu signāli ir pacienta ceļa neskaidrība, gaidīšanas laiks, kontaktinformācijas un praktiskā atbalsta trūkums pēc diagnozes, rezultātu/attēlu pēctecība un atkārtoti izmeklējumi; 8,8 % respondentu diagnozi uzzināja pa tālruni vai e-pastā (klīniskais konteksts aptaujā netika vērtēts).
- Pacienta ceļa skaidrībai novērota izteikta pakāpeniska saistība ar kopējo aprūpes vērtējumu: pilnīgas izpratnes grupā vidējais vērtējums bija 8,8, pilnīgas neizpratnes grupā – 3,4; šī saistība nav interpretējama kā cēloņsakarība.
- Prioritārie īstermiņa pasākumi MVI radioloģijā tiešajā kompetencē ir standartizēta sagatavošanās un procedūras informācija, radioloģijas rezultātu saņemšanas skaidrojums un atkārtotu izmeklējumu iemeslu uzskaites metodika. Pacienta ceļvedis, kontaktpunkts un atbalsta personas jautājumi attīstāmi kopā ar MVI onkoloģijā un ārstniecības iestādēm.
- Vidēja un ilgtermiņa uzlabojumiem nepieciešama starpinstitucionāla sadarbība: nosūtījuma procesa un pacientam sniegtās informācijas izvērtēšana, gaidīšanas pārvaldība, koordinatora funkcijas izvērtēšana un starpiestāžu attēlu/slēdzienu pieejamības un savietojamības izvērtējums. MVI radioloģijā loma ir definēt radioloģijas vajadzību, mērījumus un metodiskos priekšlikumus, bet ieviešanas lēmumi ir kompetento institūciju ziņā.
- Pašreizējā aptauja pēc būtības galvenokārt ir PREM mērījums. Pēc radioloģijas uzlabojumu ieviešanas ieteicams atkārtot radioloģijas PREM, savukārt nākamajā ārstēšanas posma pētījumā kopā ar MVI onkoloģijā izvērtēt PROM iekļaušanu.
- Rīcības plāns pirms ieviešanas jāaskaņo ar iesaistītajām ārstniecības iestādēm un pacientu organizācijām, un pēc saskaņošanas katrai aktivitātei jānosaka konkrēts atbildīgais, termiņš un rezultatīvais rādītājs.

Pielikums 1. Ieteicamie sākotnējie pacientu pieredzes rādītāji (PREM)

Virziens	PREM rādītājs	Mērvienība	Periodiskums
Pacienta ceļa ilgums	Respondentu ziņotie laika intervāli līdz speciālistam un radioloģiskajam izmeklējumam	Intervālu grupas / nākotnē dienas	Atkārtotā aptaujā / pēc datu iespējas
Radioloģijas pieejamība	Izmeklējumu īpatsvars ar gaidīšanu ≥ 1 mēnesis	%	Regulāri / atkārtotā aptaujā
Pacienta ceļa skaidrība	Pacientu īpatsvars, kuri pilnībā vai pārsvarā saprot nākamās soļus	%	Atkārtotā aptaujā
Komunikācijas kvalitāte	Radioloģijas personāla iekļūstības vidējais vērtējums un 8–10 punktu īpatsvars	1–10 / %	Atkārtotā aptaujā
Datu aprīte	Gadījumi, kuros rezultāti speciālistam nebija pilnībā pieejami	%	Regulāri / atkārtotā aptaujā
Atkārtoti izmeklējumi	Atkārtotu radioloģisko izmeklējumu īpatsvars un iemeslu sadalījums	% + kategorijas	Ik mēnesi / ceturksni
Kontakts pēc diagnozes	Pacientu īpatsvars, kas saņēmuši kontaktinformāciju papildjautājumiem	%	Atkārtotā aptaujā

MVI sākotnējā interpretācija: No pašreizējās aptaujas rezultātiem atlasīti sākotnējie pacientu pieredzes rādītāji, kurus iespējams izmantot turpmākai progresa uzraudzībai un atkārtotam mērījumam.

MVI sākotnējā interpretācija: Salīdzināmu PREM rādītāju kopums ļautu pārbaudīt, vai pēc ieviestajiem uzlabojumiem mainās pacienta ceļa skaidrība, gaidīšanas pieredze, komunikācija, datu pieejamība un citi prioritārie radioloģijas pieredzes rādītāji.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Pašreizējās vērtības ir bāzes PREM rādītāji konkrētās aptaujas izlasei, nevis nacionāli kvalitātes sliekšņi. Šajā pārskatā piedāvātie radioloģijas PREM rādītāji nav uzskatāmi par vienotiem nacionāliem radioloģijas vai onkoloģijas kvalitātes kritērijiem. Turpmāk rādītāju definīcijas, datu avoti, mērījumu regularitāte un salīdzināmība harmonizējama ar valstī attīstāmo vienoto onkoloģisko pacientu PREM sistēmu un plašāku onkoloģijas kvalitātes novērtēšanas ietvaru. Metodikas un rādītāju aprobācijā rekomendējama universitāšu un reģionālo onkoloģiskā profila slimnīcu iesaiste.

Pielikums 2. Datu interpretācijas principi

Informācijas līmenis	Definīcija
Aptaujas dati	Skaitļi, procenti, vidējās vērtības un atbilžu sadalījumi, kas tieši aprēķināti no datu kopas.
Respondentu viedoklis	Atvērto komentāru tematika un anonimizēti piemēri, kas ilustrē pacientu pausto pieredzi.
MVI interpretācija	Skaidrojums, ko rezultāti var nozīmēt radioloģijas pakalpojumu vai pacienta ceļa organizācijai; interpretācija nav cēloņsakarības pierādījums.
Rekomendācija	Priekšlikums turpmākai rīcībai, kas balstīts uz datiem un saskaņojams ar kompetentajām institūcijām.

MVI sākotnējā interpretācija: Tabula definē četrus atšķirīgus informācijas līmeņus – aptaujas datus, respondentu viedokli, MVI interpretāciju un rekomendāciju – lai visā dokumentā saglabātu skaidru analītisko robežu.

MVI sākotnējā interpretācija: Šāds nodalījums mazina risku, ka respondentu pašziņota pieredze vai MVI profesionāla interpretācija tiek kļūdaini pasniegta kā pierādīta cēloņsakarība vai saistošs lēmums.

Interpretācijas robeža. Jautājums turpmākai izvērtēšanai: Interpretācijas principi jāievēro arī prezentācijās un publicētajos kopsavilkumos. Turpmāk jānodrošina, ka saskaņošanas procesā netiek sajaukti faktisko datu un rekomendāciju līmeņi.

Pielikums 3. Radioloģijas perspektīva

Radioloģijas dienesta skatpunkts: izmeklējuma pieejamība, pacienta sagatavošana, procedūras norise, rezultātu nodošana un atkārtotu izmeklējumu vadība — process, par kuru MVI radioloģijā ir tiešā metodiskā kompetence.

Galvenie dati

Radioloģijas personāla iejūtības un rūpju vidējais vērtējums ir 8,3 no 10 (mediāna 9); 75,0 % respondentu deva vērtējumu 8–10, un 81,6 % uzskatīja, ka personālam bija visa nepieciešamā informācija par pacientu. Sagatavošanās informāciju pilnībā un saprotami saņēma 78,7 % respondentu, bet procedūras gaitu pilnībā vai daļēji saprotami izskaidroja 88,6 %.

Vienlaikus starp posmiem veidojas asimetrija: izmeklējuma rezultāti ārstam bija pilnībā pieejami 82,4 % gadījumu, taču pacientam pilnībā saprotamu rezultātu skaidrojumu saņēma tikai 53,3 % (89,7 % – pilnībā vai daļēji; 10,3 % skaidrojumu nesaprata vai nesaņēma, lai gan to vēlējās). Gaidīšana uz radioloģisko izmeklējumu bija ≥ 1 mēnesis 20,8 % gadījumu, un apmierinātība ar gaidīšanas laiku strauji sarūk, tam pagarinoties: <1 nedēļa – 94,9 % apmierināti; 1–3 mēneši – 12,5 % apmierināti, 70,0 % neapmierināti; >3 mēneši – 81,2 % neapmierināti.

Atkārtota izmeklējuma pieredzi norādīja 18,4 % respondentu, un tā saistīta ar zemāku kopējo aprūpes vērtējumu:

Atkārtotu izmeklējumu pieredze	n	Vidējais kopējais aprūpes vērtējums
Nebija atkārtojumu	219	7,2
Vienu reizi	29	7,3
Vairākas reizes	11	5,7
Pārtaisīts konkrētā iestādē	10	6,4

Avots: oriģinālā pārskata 5.10. sadaļa. Grupas nelielas — cēloņsakarību secināt nedrīkst.

Interpretācija

No radioloģijas skatpunkta process kopumā tiek vērtēts pozitīvi tajos posmos, kas ir tiešā radioloģijas personāla un izmeklējuma procesa kontrolē — pacientu sagatavošanā, procedūras skaidrošanā un komunikācijā. To pamato arī aptaujas dati: radioloģijas personāla iejūtības un rūpju vidējais vērtējums bija 8,3 no 10, 75,0 % respondentu sniedza vērtējumu 8–10, 78,7 % saņēma pilnīgu un saprotamu sagatavošanās informāciju, bet 88,6 % procedūras gaitu saņēma pilnībā vai daļēji saprotamu skaidrojumu.

Vienlaikus dotos redzama atšķirība starp izmeklējuma rezultāta pieejamību ārstam un pacienta pieredzi ar tā skaidrojumu: 82,4 % respondentu norādīja, ka izmeklējuma rezultāti ārstam bija pilnībā pieejami, savukārt pilnībā saprotamu rezultāta skaidrojumu saņēma 53,3 %; pilnībā vai daļēji saprotamu — 89,7 %, bet 10,3 % skaidrojumu nesaprata vai nesaņēma, lai gan to vēlējās. Šis rādītājs interpretējams kā pacienta informācijas un pacienta ceļa nepārtrauktības signāls, nevis kā pierādījums tam, ka radiologam visos gadījumos būtu jāsniedz pacientam radioloģiskā slēdziena klīniskā interpretācija. Radiologa pamatuzdevums ir attēlu izvērtēšana un radioloģiskā izmeklējuma

apraksta/slēdziena sagatavošana, savukārt rezultāta nozīmi pacienta klīniskās situācijas un turpmākās ārstēšanas kontekstā parasti skaidro nosūtošais ārsts vai ārstējošais speciālists. Radioloģijas metodiskajā kompetencē ir nodrošināt pacientam skaidru informāciju par rezultāta saņemšanas kārtību, turpmāko kontaktpunktu un nākamo soli.

Atkārtota radioloģiskā izmeklējuma pieredzi norādīja 18,4 % respondentu. Pacienti bez atkārtotiem izmeklējumiem vidējais kopējais aprūpes vērtējums bija 7,2, vairāku atkārtojumu grupā — 5,7, bet gadījumos, kad izmeklējums pārtaisīts konkrētā iestādē, — 6,4. Šī saistība ir nozīmīgs signāls turpmākai izvērtēšanai, tomēr atkārtotu izmeklējumu skaits pats par sevi nav interpretējams kā radioloģijas darba kvalitātes rādītājs. Daļa atkārtoto izmeklējumu ir medicīniski pamatoti kontroles izmeklējumi slimības gaitas vai ārstēšanas rezultātu novērtēšanai dinamiskā. Tādēļ turpmāk nepieciešams strukturēti nodalīt medicīniski nepieciešamus kontroles izmeklējumus no atkārtojumiem tehniskas kvalitātes problēmu, iepriekšējo attēlu vai aprakstu nepieejamības, iestādes prasības vai citu iemeslu dēļ. Pašreizējā aptauja šo iemeslu proporcijas noteikt neļauj.

Arī gaidīšanas laika datus redzama izteikta saistība ar pacientu apmierinātību. Radioloģisko izmeklējumu vienu mēnesi vai ilgāk gaidīja 20,8 % respondentu. Izmeklējumu saņemot mazāk nekā nedēļas laikā, apmierināti bija 94,9 %, gaidot 1–3 mēnešus — 12,5 %, savukārt 70,0 % šajā grupā bija neapmierināti; gaidot ilgāk par trim mēnešiem, neapmierināti bija 81,2 % respondentu. Tas pamato gaidīšanas pārskatāmību un pieejamību kā nozīmīgu pacientu pieredzes uzlabošanas virzienu. Vienlaikus šie dati nepamato viena universāla gaidīšanas ilguma noteikšanu par radioloģijas kvalitātes sliekšni. Gaidīšanas laiks interpretējams atbilstoši izmeklējuma veidam un klīniskajai steidzamībai, ņemot vērā arī personāla un iekārtu kapacitāti un finansējuma ietekmi uz pakalpojuma pieejamību.

Ieteikumi

- Standartizēt pacientu sagatavošanās materiālus biežākajiem radioloģiskajiem izmeklējumiem (piemēram, KT ar kontrastvielu, MR, mamogrāfija), sagatavojot tos īsā, vienotā un pacientam saprotamā formātā.
- Ieviest īsu, standartizētu procedūras skaidrojuma minimumu pirms radioloģiskā izmeklējuma, ietverot būtiskāko informāciju par izmeklējuma norisi un pacienta izpratnes pārbaudes principus.
- Definēt pacientam sniedzamās informācijas minimumu par radioloģiskā izmeklējuma rezultāta saņemšanu un turpmāko rīcību, skaidri norādot, kur un kad rezultāts būs pieejams, pie kura ārsta pacientam vērsties rezultāta klīniskai skaidrošanai un kāds ir nākamais solis pacienta turpmākajā aprūpē. Atsevišķas radiologa konsultācijas nepieciešamība nosakāma konkrētām klīniskām situācijām.
- Ieviest strukturētu atkārtotu radioloģisko izmeklējumu iemeslu klasifikāciju un uzskaiti, nodalot medicīniski nepieciešamus kontroles izmeklējumus no atkārtojumiem tehniskas kvalitātes problēmu, iepriekšējo attēlu vai aprakstu nepieejamības, iestādes prasības vai citu iemeslu dēļ. Uzskaites mērķis ir identificēt potenciāli novēršamus atkārtojumus, nevis vērtēt visu atkārtoto izmeklējumu skaitu kā kvalitātes problēmu.
- Regulāri mērīt un analizēt gaidīšanas laiku līdz radioloģiskajam izmeklējumam, rezultātus stratificējot pēc izmeklējuma veida un klīniskās steidzamības. Gaidīšanas laika interpretācijā

ņemt vērā arī personāla un iekārtu kapacitāti un finansējuma ietekmi uz pakalpojuma pieejamību; vienu konkrētu gaidīšanas ilguma robežu neizmantojot kā patstāvīgu radioloģijas kvalitātes kritēriju.

Pielikums 4. Onkoloģijas perspektīva

Onkoloģijas dienesta skatpunkts: diagnozes paziņošana, ārstēšanas plānošana un pāreja no diagnostikas uz ārstēšanu — posms ar visaugstāko emocionālo slodzi pacienta ceļā.

Galvenie dati

Diagnozes paziņošanā stipri vērtēti ir privātums (86,0 %) un iespēja uzdot jautājumus (86,0 %); zemāk vērtēta paziņošanas iejūtība (73,9 %) un skaidrojuma saprotamība/detalizētība (80,7 %). Ārstēšanas iespējas pilnībā vai daļēji tika izskaidrotas 84,9 % respondentu, taču pilnībā vai daļēji lēmumu pieņemšanā iesaistīti jutās tikai 68,4 % — 16,5 procentpunktu atstarpe starp informēšanu un iesaisti.

Praktiskā atbalsta rādītāji ir vājākie visā šajā jomā: informāciju, kur vērsties papildjautājumu gadījumā, saņēma tikai 39,7 % (41,9 % nesaņēma vispār); administratīvo/finansiālo informāciju pilnībā vai daļēji saņēma 47,1 %, 42,3 % nesaņēma neko. Atbalsta personas klātbūtnes iespēja tika piedāvāta tikai 21,3 % gadījumu (68,4 % netika piedāvāta, 1,5 % liegta), un 8,8 % respondentu diagnozi uzzināja pa tālruni vai e-pastā.

Pacienta ceļa skaidrībai novērota izteikta pakāpeniska saistība ar kopējo aprūpes vērtējumu: pilnīgas izpratnes grupā vidējais vērtējums bija 8,8, pilnīgas neizpratnes grupā — 3,4. Onkoloģijas posms — diagnoze un pāreja uz ārstēšanu — ir tas, kur šī maršruta skaidrība visvairāk tiek noteikta vai zaudēta.

Interpretācija

Onkoloģijas pārziņā ir pacienta ceļa visaugstāko likmju brīdis. Dati rāda konsekventu modeli: pacienti tiek informēti, bet ne vienmēr sistemātiski iesaistīti vai orientēti tālākajam ceļam. Atstarpe starp “pastāstīts” (84,9 %) un “iesaistīts” (68,4 %), un jo īpaši starp “pastāstīts” un “dots kontaktpunkts” (39,7 %), ir asākais signāls visā šajā aptaujas jomā.

Tas, ka gandrīz 1 no 10 pacientiem diagnozi uzzina pa tālruni vai e-pastā, un ka atbalsta personas klātbūtne tiek piedāvāta mazāk nekā ceturtdaļai, liecina, ka klīniskās komunikācijas stiprās puses (privātums, jautājumu iespēja) šobrīd nav sistemātiski papildinātas ar emocionālu un praktisku atbalstu tieši ap diagnozes brīdi.

Ieteikumi

1. Noteikt diagnozes paziņošanas protokola minimumu kā noklusēto praksi, ne izņēmumu: privātums + pietiekams laiks jautājumiem + atbalsta personas klātbūtnes piedāvājums, ja nav objektīvu ierobežojumu.
2. Stingri ierobežot diagnozes paziņošanu pa tālruni vai e-pastu uz izņēmuma gadījumiem, ar garantētu sekojošu klātienē vai videozvana sarunu.
3. Standartizēt rakstisku/digitālu informācijas komplektu tūlīt pēc diagnozes: kontaktpunkts papildjautājumiem, nākamie soļi, administratīvā un finansiālā informācija.
4. Stiprināt kopīgās lēmumu pieņemšanas (shared decision-making) praksi ārstēšanas plānošanā — ne tikai informēšanu par iespējām, bet strukturētu pacienta iesaisti.
5. Pilotēt pacienta koordinators/kontaktpersonas funkciju tieši ap diagnozes paziņošanas un ārstēšanas uzsākšanas pāreju, kur maršruta skaidrības ietekme uz kopējo vērtējumu ir vislielākā.

Pielikums 5. Onkoloģijas pacienta perspektīva

Pacienta pieredzes skatpunkts, balstīts galvenokārt uz atvērtu komentāru tematisko analīzi un pacienta paša vārdiem — kas pacientam ir vissvarīgākais viņa paša ceļā, nevis kas ir ērtāk mērāms procesa terminos.

Galvenie dati

Pacientu ieteikumu atvērtajā laukā (258 saturiski komentāri) biežākās tēmas ir: skaidrāka informācija un vienots pacienta ceļa apraksts — 78 minējumi (30,2 %); empātija un pacientcentrēta komunikācija — 66 (25,6 %); īsāks gaidīšanas laiks un labāka pieejamība — 63 (24,4 %); psiholoģiskais un emocionālais atbalsts — 53 (20,5 %); atbalsta personas un tuvinieku iesaiste — 22 (8,5 %); pacienta koordinators vai vienots kontaktpunkts — 13 (5,0 %).

Negatīvās pieredzes komentāros (250 saturiski komentāri) visbiežāk minēta gaidīšana un pakalpojumu pieejamība (86 minējumi), diagnozes un rezultātu paziņošanas problēmas (62), attieksme/iejūtība/privātums (47) un informācijas trūkums/neskaidrs maršruts (36). Vismaz daļēju apjukumu par savu maršrutu norādīja 35,7 % respondentu.

„Vēlētos kuratoru, kas varētu palīdzēt ar informāciju un pierakstiem pie ārstiem.”

„Atrast laiku pacientam, lai izstāstītu, kas tagad notiks, kas jādara un kur jāiet.”

„Runāt ar pacientu skaidrā valodā un ar empātiju!”

„Pirms un pēc iespējamās diagnozes paziņošanas organizēt tikšanos ar psihologu.”

Citāti anonimizēti un ilustratīvi — tie parāda pieredzes saturu, nevis tēmas izplatību populācijā.

Interpretācija

No pacienta skatpunkta sistēma piedzīvota kā virkne atsevišķu labu mirkļu — iejūtīgs radioloģijas personāls, privāta saruna par diagnozi, ātra “Zaļā koridora” pieredze —, kas savienoti ar nenoteiktību pārējās: nezināšana, kas notiks tālāk, kam zvanīt, cik ilgi jāgaida un vai emocionāls atbalsts vispār ir pieejams, ja pats to neprasa.

Ir būtiski, ka pacienta pašu formulētās prioritātes (skaidrs ceļš, empātija, gaidīšana, psiholoģiskais atbalsts) lielā mērā sakrīt ar to, ko kvantitatīvie dati identificē kā vajākos rādītājus — tas stiprina secinājumu, ka šīs jomas ir reāla, nevis tikai statistiska prioritāte.

Ieteikumi (pacienta perspektīvā formulēti kā konkrēti sistēmas uzdevumi)

1. “Dodiet man ceļvedi” — vienas lapas vai digitāls pacienta ceļa apraksts ar posmiem, laika orientieriem un kontaktiem, kas pacientam tiek iedots pēc pirmajām aizdomām vai nosūtījuma.
2. “Runājiet ar mani, ne par mani” — empātiska, vienkāršā valodā balstīta komunikācija kā obligāta personāla apmācības sastāvdaļa, ne tikai individuāla stila jautājums.
3. “Nelieciet man gaidīt neziņā” — proaktīva informācija par sagaidāmo gaidīšanas laiku un rīcību, ja tas pagarinās.
4. “Piedāvājiet man atbalstu, negaidiet, kad es to lūgšu” — psiholoģiskā atbalsta piedāvājums pēc noklusējuma nozīmīgos pārejas punktos (diagnoze, ārstēšanas uzsākšana).
5. “Ļaujiet manam tuviniekam būt klāt” — sistemātiska atbalsta personas klātbūtnes piedāvāšana diagnozes paziņošanas laikā.
6. “Dodiet man vienu cilvēku, kam zvanīt” — vienots kontaktpunkts vai koordinators, īpaši pārējās starp posmiem.

Pielikums 6. Veselības ministrijas pārstāvja perspektīva

Sistēmas un politikas veidošanas skatpunkts: kas no šiem signāliem ir risināms atsevišķas iestādes līmenī un kas prasa nacionālu finansējuma, infrastruktūras vai regulējuma lēmumu.

Galvenie dati

Šī ir 272 respondentu pašatļases (ne nejaušības) izlase bez ārstniecības iestādes, diagnozes grupas, izmeklējuma veida vai steidzamības mainīgajiem — dati neļauj salīdzināt iestādes vai reģionus, un tie jālasa kā signāls, nevis audits. Vienlaikus vairāki signāli ir pietiekami konsekventi un lieluma ziņā nozīmīgi, lai pamatotu sistēmiskas prioritātes izvērtēšanu.

Gaidīšana ir spēcīgākais atsevišķais ar apmierinātību saistītais faktors: 33,5 % līdz speciālistam gaidīja ≥ 1 mēnesi, 20,8 % radioloģisko izmeklējumu gaidīja ≥ 1 mēnesi, un apmierinātība ar gaidīšanu kritās no 94,9 % (< 1 nedēļa) līdz 6,2 % (> 3 mēneši). Datu un attēlu nepārtrauktība ir otrs sistēmisks signāls: 16,9 % norādīja rezultātu pieejamības problēmas ārstam, un 18,4 % ziņoja par atkārtotu izmeklējumu pieredzi, kas saistīta ar zemāku kopējo vērtējumu — abi norāda uz starpiestāžu IT savietojamības jautājumu, ko atsevišķa iestāde vienpersoniski nevar atrisināt.

Oriģinālais pārskats skaidri nodala jautājumus, kas prasa citu institūciju iesaisti: rindu organizācija un finansējums, sistēmisks e-nosūtījums, starpiestāžu attēlu/slēdzienu pieejamība un IT savietojamība, koordinatora funkcijas organizācija, kā arī administratīvais/finansālais un psiholoģiskais atbalsts.

Interpretācija

Ministrijas/NVD līmenī šī pilotaptauja ir vērtīga mazāk konkrētu skaitļu precizitātes dēļ (kas ir ierobežota reprezentativitātes trūkuma dēļ) un vairāk kā pierādījums konceptam — strukturēta PREM mērīšana atklāj reālus sistēmas berzes punktus, īpaši “šuvēs” starp iestādēm un specialitātēm, kuras neviens atsevišķs pakalpojumu sniedzējs nevar novērst viens pats.

Divi jautājumi izceļas kā tādi, kas prasa nacionāla līmeņa lēmumu, nevis tikai iestādes iniciatīvu: gaidīšanas laika/rindu finansējuma jautājums un starpiestāžu attēlu/datu apmaiņas IT infrastruktūra.

Ieteikumi

1. Atbalstīt un finansēt vienotu, starpiestāžu risinājumu radioloģisko attēlu un slēdzienu pieejamībai un IT savietojamībai — tieši saistīts ar rezultātu pieejamības un atkārtotu izmeklējumu problēmām.
2. Izvērtēt rindu pārvaldības un finansējuma modeļus onkoloģijas diagnostikas posmā, jo gaidīšanas laiks ir spēcīgākais atsevišķais ar zemāku apmierinātību saistītais faktors.
3. Definēt un rekomendēt ārstniecības iestādēm minimālo pacientam sniedzamās informācijas standartu pēc onkoloģiskas diagnozes (kontaktpunkts + administratīvi finansiālā informācija) kā kvalitātes prasību.
4. Atbalstīt pacienta koordinatora/navigatora funkcijas pilotēšanu vismaz vienā lielā onkoloģijas centrā ar mērāmiem rezultātiem pirms plašākas ieviešanas lēmuma.
5. Standartizēt PREM (un vēlāk PROM) mērīšanas metodiku onkoloģijas pacienta ceļam nacionālā līmenī, balstoties uz šī pilotprojekta metodoloģiju, uzlabojot izlases reprezentativitāti un pievienojot anonimizētus stratifikācijas mainīgos (iestādes tips, diagnožu grupa, izmeklējuma veids, steidzamība).

Pielikums 7. Mediķa (klīnicista) perspektīva

Ārstējošā ārsta/klīnicista skatpunkts pacienta ceļa dažādos punktos (ģimenes ārsts, speciālists, radiologs, onkologs) — ikdienas prakses un laika resursu realitāte, ar kuru jāsaskana jebkuram uzlabojumam.

Galvenie dati

Ģimenes ārsta reakcija starp tiem, kas faktiski vērsās, bija nekavējoša 77,4 % gadījumu, bet 19,8 % norādīja atkārtotas vērsšanās nepieciešamību, kavēšanos vai atteikumu nosūtīt. Nosūtījuma nepieciešamību pilnībā saprotami izskaidroja 74,3 % gadījumu, daļēji — 20,2 %, nesaprotami — 5,5 % — tāpat aptuveni katram ceturtajam pacientam nosūtījuma mērķis nav bijis pilnībā skaidrs jau nosūtīšanas brīdī.

Speciālists nekavējoties nosūtīja uz izmeklējumiem 85,7 % gadījumu; 81,6 % pacientu uzskatīja, ka radioloģijas personālam bija visa nepieciešamā informācija par viņiem — tāpat aptuveni 18 % gadījumu klīnicists nākamajā posmā strādā ar nepilnīgu informāciju, kas praktiski nozīmē atkārtotu anamnēzes vākšanu. Kvalitatīvajos datos parādās arī, kaut nelielā apjomā (9 minējumi), tēma par personāla noslodzi un nepietiekamu laiku pacientam — konsekvēti ar modeli, ka informācija tiek dota (84,9 % ārstēšanas iespēju skaidrojums), bet iesaiste lēmumos (68,4 %) un administratīvā palīdzība (47,1 %) atpaliek.

Interpretācija

No ārstējošā klīnicista skatpunkta aptaujas dati galvenokārt nenorāda uz sliktu individuālu praksi — empātijas un skaidrojumu rādītāji lielākoties ir labi —, bet gan uz sistēmu, kas paļaujas uz klīnicista atmiņu un pieejamo laiku tur, kur to varētu nest strukturēti materiāli un procesi, tādējādi atbrīvojot klīnicista laiku sarunām, kurām patiešām nepieciešams cilvēks — diagnozes pārrunāšanai, lēmumu pieņemšanai, emocionālam atbalstam.

Informācijas nepārtrauktības atstarpe starp posmiem (~18 %) ir praktiska klīnicista problēma — tā rada papildu darbu un ir viens no atkārtotu izmeklējumu iespējamajiem cēloņiem, kurus pašreizējā aptauja neļauj nošķirt no klīniski pamatotiem atkārtojumiem.

Ieteikumi

1. Ieviest īsu, standartizētu nosūtījuma pamatojuma skaidrojuma paraugu ģimenes ārsta un speciālista līmenī, lai mazinātu gadījumus, kad nosūtījuma mērķis pacientam nav pilnībā skaidrs.
2. Formalizēt “pilnas informācijas nodošanas” kontrolsarakstu starp posmiem (ģimenes ārsts → speciālists → radiologs → onkologs), lai mazinātu atkārtotu vēstures vākšanu un ar to saistītos atkārtotos izmeklējumus.
3. Deleģēt standartizētu, atkārtoti izmantojamu informāciju (sagatavošanās, procedūra, rezultātu skaidrojums, pēcdiagnozes materiāli) rakstiskiem vai digitāliem materiāliem, atbrīvojot klīnicista laiku sarunai un atbalstam.
4. Iekļaut atbalsta personas piedāvājumu un jautājumu iespēju kā obligātus kontrolsaraksta punktus diagnozes paziņošanas brīdī, nevis atstāt to individuālā stila ziņā.
5. Aizstāvēt aizsargātu laiku un resursus kopīgai lēmumu pieņemšanai ar pacientu, jo aptauja rāda skaidru atstarpi starp informēšanu (84,9 %) un faktisku iesaisti (68,4 %).

Pielikums 8. Šķēsgriezuma sintēze: kur perspektīvas sakrīt un kur ir spriedze

Konverģences punkti

Visas piecas perspektīvas neatkarīgi nonāk pie līdzīga secinājuma par augstākās prioritātes jomu — pacienta ceļa skaidrību un vienotu kontaktpunktu: radioloģija to identificē kā gaidīšanas/rezultātu pārskatāmības jautājumu, onkoloģija — kā kontaktpunkta trūkumu pēc diagnozes (39,7 %), pacients — kā savu biežāko ieteikumu (30,2 % minējumu), Veselības ministrija — kā koordinatora funkcijas un IT savietojamības jautājumu, bet mediķis — kā informācijas nodošanas kontrolsaraksta vajadzību. Tas, ka piecas atšķirīgas perspektīvas, analizējot tos pašus datus no atšķirīgiem leņķiem, nonāk pie viena un tā paša punkta, ir spēcīgs pamatojums to izvirzīt par starpnozaru virsprioritāti Nr. 1.

Otrs konverģences punkts ir gaidīšanas laika pārskatāmība: to kā prioritāti min gan radioloģija (gaidīšana uz izmeklējumu), gan pacients (24,4 % ieteikumu), gan Veselības ministrija (rindu finansējums un organizācija) — kaut arī risinājuma līmenis (procesa uzlabojums pret sistēmisku finansējumu) katrā perspektīvā atšķiras.

Spriedzes punkti

Pastāv reāla spriedze starp pacienta vēlmi pēc vairāk laika un emocionāla atbalsta un klīnicista faktiski ierobežoto laika resursu. Šo spriedzi nevar atrisināt, vienkārši pieprasot klīnicistiem vairāk laika — praktiskāks risinājums ir pārcelt standartizējamo informācijas slodzi (sagatavošanās, procedūra, rezultāti, pēcdiagnozes materiāli) uz rakstiskiem/digitāliem materiāliem, atbrīvojot klīnicista klātienē laiku sarunām un atbalstam, kuriem tas patiešām nepieciešams.

Otra spriedze ir starp to, ko atsevišķa iestāde (radioloģija, onkoloģija) var ieviest saviem spēkiem, un to, kas prasa Veselības ministrijas vai NVD līmeņa lēmumu un finansējumu (starpiestāžu IT savietojamība, rindu finansējums). Tas nozīmē, ka rīcības plānam jābūt divslāņainam: īstermiņa pilotējami uzlabojumi iestādes līmenī tagad, paralēli sagatavojot datus balstītu pieprasījumu sistēmiskiem risinājumiem Veselības ministrijai/NVD.

Pielikums 9. Kopsavilkuma tabula: piecas perspektīvas vienā skatā

Perspektīva	Augstākā prioritāte	Galvenais ieteikums	Rīcības līmenis
Radioloģija	Rezultātu skaidrojums pacientam un atkārtotu izmeklējumu cēloņu uzskaitē	Pacientam saprotams rezultātu skaidrojuma protokols + strukturēta atkārtojumu klasifikācija	Iestādes / MVI radioloģijā
Onkoloģija	Kontaktpunkts un atbalsts pēc diagnozes	Obligāts diagnozes paziņošanas protokola minimums + pēcdiagnozes informācijas komplekts	Iestādes / kopā ar MVI onkoloģijā
Onkoloģijas pacients	Skaidrs, vienots ceļa apraksts un empātiska komunikācija	Vienas lapas/digitāls pacienta ceļvedis ar kontaktiem	Iestādes, ar pacientu organizāciju iesaisti
Veselības ministrija	Starpiestāžu datu/attēlu pieejamība un gaidīšanas laika finansējums	Nacionāls IT savietojamības risinājums + rindu finansējuma izvērtējums	Nacionāls / VM, NVD
Mediķis (klīnicists)	Informācijas nepārtrauktība starp posmiem	Formalizēts informācijas nodošanas kontrolsaraksts + standartizēti materiāli	Iestādes / starpprofesiju

Pielikums 10. Noslēgums

Piecu perspektīvu analīze, skatot vienus un tos pašus 272 respondentu datus, atklāj ne tik daudz piecas atšķirīgas problēmu kopas, cik vienu un to pašu pacienta ceļa nepārtrauktības problēmu, redzētu no piecām skatu vietām. Radioloģija to redz kā rezultātu un atkārtojumu pārvaldību, onkoloģija — kā kontaktpunktu pēc diagnozes, pacients — kā vēlmi pēc skaidra ceļa un empātijas, Veselības ministrija — kā IT savietojamības un finansējuma jautājumu, mediķis — kā informācijas nodošanu starp posmiem. Šī konverģence ir pati par sevi vērtīgs secinājums saskaņošanas procesam ar RAKUS, PSKUS, BKUS, Liepājas un Daugavpils reģionālajām slimnīcām, biedrību “Par Dzīvot” un Onkoalianse.

Tāpat kā oriģinālajā pārskatā, arī šeit sniegtās interpretācijas un ieteikumi ir sākotnējs, datus balstīts priekšlikums saskaņošanai, nevis saistošs lēmums vai pierādīta cēloņsakarība. Pirms ieviešanas katrai aktivitātei jānosaka atbildīgā puse, termiņš un rezultatīvais rādītājs, un ietekme jāvērtē ar atkārtotu PREM mērījumu.